

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1936

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

PAR

BRIDOT Philippe-Eugène-Paul

Né le 3 Décembre 1904, à Bagnôlet (Seine)

Considérations pathogéniques
et Traitement chirurgical
de l'Éléphantiasis

(Travail de l'Institut de Médecine Coloniale de Paris)

Président : M. TANON, Professeur

SOCIÉTÉ ANONYME BLÉSOISE D'IMPRESSIONS
6, rue Pardessus
BLOIS

1936

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

BRIDOT Philippe-Eugène-Paul

Né le 3 Décembre 1904, à Bagnôlet (Seine)

Considérations pathogéniques et Traitement chirurgical de l'Éléphantiasis

(Travail de l'Institut de Médecine Coloniale de Paris)

Président : M. TANON, Professeur

SOCIÉTÉ ANONYME BLÉSOISE D'IMPRESSIONS

6, rue Pardessus
BLOIS

1936

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FISSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEBOT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BERNARD (Et.)	Pathologie médicale.
BESANÇON (Just.)	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LABBÉ (Henri) .	Chimie biologique.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUÉJOUL ..	Obstétrique.

MM.

LAROCHE (Guy).	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LÉVY (Mlle J.).	Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI .	Neurologie et Psychiatrie.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIEVRE ..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RICHET	Physiologie.
SANNIÉ	Chimie biologique.
SÉNÈQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III — AGRÉGÉS RAPPELÉS À L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.

ABRAMI	}	Clinique médicale.
ALAJOUANINE ...		
AUBERTIN		
BRULÉ		
CHABROL		
CHIRAY		
DONZELOT		
DUVOIR		
LIAN		
PASTEUR - VALLE- RY-RADOT		
SÉZARY		

MM.

BASSET	}	Clinique chirurgicale
BROCQ		
CADENAT		
GATELLIER		
HEITZ-BOYER ...		
MOURE		
QUENU		
SCHWARTZ		
VELTER		

MM.

ECALLE	}	Clinique obstétricale
GUÉNIOT		
LE LORIER		
LÉVY-SOLAL		
METZGER		

V — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé ...	Éducation physique
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.
RUPPE	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40152020_0114

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TANON

Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Conseiller technique sanitaire
au Ministère de la Santé Publique

Inspecteur général des services techniques d'hygiène
à la Préfecture de Police

Officier de la Légion d'Honneur

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

STAGE

- 1924 — M. LE PROFESSEUR WIDAL (*in memoriam*)
1925 — M. LE PROFESSEUR GOSSET.

EXTERNAT

- 1926 — M. LE PROFESSEUR HARTMANN.
1927 — M. LE DOCTEUR JEAN HUTINEL (*in memoriam*).
1927 — M. LE DOCTEUR DARRÉ.
1928 — M. LE PROFESSEUR WIDAL (*in memoriam*).
1928 — M. LE DOCTEUR ÉTIENNE MAY.

EXTERNAT EN PREMIER

- 1929 — M. LE PROFESSEUR PIERRE DELBET.

SERVICE MILITAIRE

- 1930 — M. LE MÉDECIN COMMANDANT SALINIER
Hôpital Auyert, à Fez (Maroc).
1931 — M. LE MÉDECIN COLONEL PELOQUIN.
Hôpital militaire d'Oudjda (Maroc).

INTERNAT

- 1932 — M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. LEVEUF.
1933 — M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. LEVEUF.
1933 — M. LE DOCTEUR ROUX-BERGER.
1934 — M. LE PROFESSEUR CHEVASSU.
1935 — M. LE DOCTEUR ROUX-BERGER.
1935 — M. LE PROF. AGRÉGÉ DE GAUDART D'ALLAINES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LENORMANT

Professeur de Pathologie chirurgicale exotique

A MONSIEUR LE PROFESSEUR E. KONDOLÉON (d'Athènes).

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. DELOM

Médecin Capitaine des troupes coloniales

*A qui je dois en grande partie
la réalisation de ce travail.*

A MES CONFÉRENCIERS

MESSIEURS LES DOCTEURS R. MADURO, RENÉ MARTIN,
P. DELAFONTAINE, OLRÉ, PAUL BAIZE

AU DOCTEUR PAUL ISCH-WALL

AU DOCTEUR SYLVAIN BLONDIN
Chirurgien des Hôpitaux

A MES AMIS ET CAMARADES D'ÉTUDES

INTRODUCTION

Les progrès de la chirurgie sympathique commencent à jeter quelque lumière sur ces maladies encore mystérieuses que sont les œdèmes segmentaires chroniques, les éléphantiasis et le trophœdème de MEIGE.

Les interventions chirurgicales, en multipliant les examens anatomo-pathologiques ont permis d'apporter un peu d'ordre dans la dénomination et la classification de ces affections.

C'est ainsi qu'aujourd'hui, il nous paraît inutile de continuer à isoler le trophœdème de MEIGE des Eléphantiasis.

De même nous pensons que les Eléphantiasis sont tous précédés d'un stade d'œdème chronique ; la perturbation primaire produisant cet œdème a son expression ultime dans l'apparition de l'Eléphantiasis.

Enfin la médiocrité des résultats obtenus par la chirurgie des Eléphantiasis, nous a amené à penser que tous les efforts thérapeutiques devaient être dirigés dans le sens de la prophylaxie.

C'est en traitant chirurgicalement l'œdème segmentaire chronique qu'on évitera l'apparition de l'Eléphantiasis.

Telles sont les idées que nous nous proposons de développer au cours de ce travail.

DÉFINITION

Le mot éléphantiasis donne lieu à la plus extrême confusion.

On peut dire que sa signification a évolué parallèlement aux progrès de la médecine.

Dès l'antiquité, avec les auteurs arabes, c'est une expression purement clinique : Dah el Phil (pied d'éléphant). On donne ce nom à tout aspect pachydermique des téguments, et, jusqu'au siècle dernier, on confondait volontiers éléphantiasis et lèpre.

A ce moment avec les progrès de l'anatomo-pathologie, la définition devint plus complexe. A l'aspect pachydermique de la peau on commence à associer des caractères histologiques.

Voici la définition qu'en donnent BESNIER, DOYON, et DOMINICI : l'éléphantiasis est un syndrome caractérisé par :

Cliniquement : Une hypertrophie régionale à marche progressive avec œdème plastique où le doigt ne creuse pas de godets.

Anatomiquement par :

1) Une réaction inflammatoire de l'appareil conjonctivo-vasculaire sanguin et lymphatique, déterminant des œdèmes à sérosité spontanément coagulable.

2) L'hyperplasie du tissu collagène, la multiplication cellulaire.

3) Des transsudats séreux simples d'origine mécanique.

Actuellement la définition du mot « éléphantiasis » est d'ordre essentiellement anatomo-pathologique et histologique : c'est une association d'œdème chronique et d'hyperplasie du tissu conjonctif évoluant vers la fibrose. Ces

lésions peuvent présenter tous les degrés : depuis l'atteinte discrète relevant du microscope, jusqu'à ces énormes déformations qu'on observe surtout dans les pays coloniaux.

Cette définition étant établie, nous pouvons jeter un coup d'œil sur les différents qualificatifs donnés aux affections où l'on trouve des lésions éléphantiasiques ; nous avons relevé les expressions suivantes :

Éléphantiasis tropical ou arabum, éléphantiasis nostras, états éléphantiasiques, pseudo-éléphantiasis neuro-arthritique, trophœdème chronique de MEIGE, œdème rhumatismal chronique, œdème segmentaire, myxœdème localisé, hypertrophie unilatérale du corps, adipose sous-cutanée, œdèmes nerveux, œdèmes hystériques, œdèmes dystrophiques, œdèmes chroniques idiopathiques, œdèmes chirurgicaux.

Ces termes s'adressaient à des cas étudiés d'un point de vue purement clinique. Ce n'est guère que depuis le début de ce siècle qu'on possède des documents anatomopathologiques ; les auteurs ne pouvaient donc discriminer — faute de pièces anatomiques — les œdèmes chroniques des éléphantiasis.

Actuellement on peut histologiquement faire le départ de ces deux états.

Si la lésion éléphantiasique peut être rencontrée dans des cas très divers, cliniquement elle se présente sous trois aspects :

Éléphantiasis tropical.

Éléphantiasis nostras.

Trophœdème de MEIGE.

Si les auteurs sont, dans l'ensemble, d'accord pour confondre l'éléphantiasis tropical et l'éléphantiasis nostras, par contre la parenté de ces deux affections et du trophœdème est loin d'être admise par tous.

Nous nous efforcerons de montrer qu'il n'y a pas de différences essentielles entre ces syndromes.

1^{re} PARTIE

DESCRIPTION DES SYNDROMES

L'Éléphantiasis tropical

(Eléphantiasis arabum)

ÉTIOLOGIE

Répartition géographique. — On le trouve avec une fréquence particulière dans la zone tropicale entre 30° de latitude Nord et 35° de latitude Sud.

a) En Afrique. — Il est très fréquent dans l'Afrique du Nord, en Egypte, Abyssinie, Soudan, au sud à Madagascar, au Cap, au Congo, à Zanzibar dans le Mozambique. L'île Maurice et la Réunion sont également frappées.

b) En Asie. — Il est observé dans l'Indoustan, surtout dans le district de Cochin. En Syrie, Arabie, Malaisie, en Chine, Indochine, au Japon, aux Philippines.

c) Dans le Pacifique. — Il est très fréquemment rencontré. Dans certaines régions l'éléphantiasis frappe la moitié de la population.

d) En Amérique Centrale. — Il est très répandu aux Antilles (Jambes des Barbades) ; au Brésil, Guyane, Vénézuëla, Colombie, Pérou, Mexique, Louisiane.

Age. — C'est surtout chez l'adulte qu'on rencontre l'éléphantiasis ; cependant on trouve des observations d'éléphantiasis infantile de MONCORVO. Chez le vieillard, l'affection est rare, cependant RICHARD a signalé un cas chez un homme de 80 ans.

Sexe. — L'éléphantiasis tropical est trois fois plus fréquent chez l'homme que chez la femme ; cela tient uniquement à ce que la femme est moins exposée aux infections d'origine cutanée. Dans les contrées où les femmes travaillent, dans les rizières ou dans les marécages, la proportion d'éléphantiasis féminin est plus élevée que dans les autres contrées.

Races. — Ce sont surtout les noirs qui sont frappés. Les blancs, les Indiens de l'Amérique du Sud, les Ethiopiens de pure race sont beaucoup moins touchés.

Hérédité. — Son affluence serait certaine pour WARRING et FRANCIS BEY. En fait, il est difficile de faire la part de l'hérédité et la part des mauvaises conditions hygiéniques.

Professions et coutumes. — Leur rôle est capital.

En Indochine, les travailleurs de rizières, qui ont constamment les membres inférieurs dans l'eau, ont des éléphantiasis de ces régions.

Dans le M'Bomou (A. E. F.), les indigènes ont accoutumé de porter une lanière d'écorce enlaçant les hanches et les organes génitaux : ils ont des éléphantiasis du scrotum. Les femmes qui n'en portent pas, n'ont pas d'éléphantiasis des grandes lèvres.

Alimentation. — On a incriminé le poisson salé et l'on cite le cas d'une malade de GODARD qui provoquait un accès aigu d'éléphantiasis en mangeant exclusivement et pendant plusieurs jours de suite du poisson salé.

Contagion. — Discutée par les auteurs. Le ROY des BARRES n'y croit pas, par contre, d'autres auteurs, en particulier DUBRUEL ont apporté des documents impressionnants, en faveur de cette thèse. Nous reverrons du reste cette question à l'étude de la pathogénie.

Saisons. — Les saisons pluvieuses sont propices à l'éclo-

sion de l'éléphantiasis. Les individus qui marchent pieds nus sont exposés aux souillures des plaies des jambes par la boue et aux piqûres de moustiques.

Durée de séjour dans les pays chauds. — Les Européens au bout d'un certain nombre d'années peuvent contracter l'éléphantiasis.

Il semble, en fait, que cela soit fonction des conditions hygiéniques. Un individu ayant une très mauvaise hygiène corporelle logé dans un endroit humide, mal nourri, sera beaucoup plus vite la proie d'une infection qu'un Européen pouvant vivre confortablement et chez lequel les conditions d'infection sont beaucoup plus rares.

SIÈGES

Voici, par ordre de fréquence décroissante les différents sièges de l'éléphantiasis tropical :

Membres inférieurs 95 % ;

Scrotum ;

Bras ;

Seins ;

Vulve.

Description clinique et anatomo-pathologique des Éléphantiasis tropicaux

ÉLÉPHANTIASIS TROPICAL

DES MEMBRES INFÉRIEURS

ÉTUDE CLINIQUE

I) DÉBUT. — Le plus grand nombre de ces éléphantiasis débutent par des manifestations inflammatoires indiscutables réalisant ce qu'il est classique d'appeler : l'accès éléphantiasique :

Accès éléphantiasique. — Il est caractérisé :

1° Par des symptômes généraux ; 2° Par des symptômes locaux.

a) *Symptômes généraux.* — L'accès éléphantiasique comprend comme l'accès paludéen, trois stades : Frissons, chaleur ou fièvre, et sueurs. Les frissons de l'accès éléphantiasique dure, en moyenne, une heure ou deux, puis la fièvre éclate ; mais au lieu de se terminer au bout de quelques heures comme dans l'accès intermittent, la fièvre dure quelques jours, en général de deux à huit. La crise se termine ordinairement par des sueurs abondantes.

Comme on le voit, l'accès éléphantiasique se distingue de l'accès paludéen par la prolongation du frisson et de l'hyperthermie.

Tel est l'accès franc observé au début de la maladie, mais à mesure que la région atteinte acquiert de plus grandes dimensions, la période fébrile devient de moins en moins franche, et l'accès se réduit quelquefois à des symptômes purement locaux.

b) *Symptômes locaux :*

Ce sont soit des placards de lymphangite réticulaire ; soit des traînées de lymphangite tronculaire, soit des placards érysipélateux.

La lymphangite réticulaire est reconnaissable à une inflammation des réseaux lymphatiques de la peau ; il y a en même temps une légère suffusion séreuse dans le derme.

La lymphangite tronculaire est caractérisée par les lignes rouges indiquant le trajet des troncs lymphatiques qui, comme on le sait, sont couchés dans le lit des vaisseaux principaux de la région. Au toucher, la peau est le siège d'un empâtement marqué et d'une douleur vive.

Au niveau des lignes rouges, on sent plusieurs cordons lymphatiques indurés.

Les placards érysipélateux se présentent parfois avec le

bourrelet caractéristique. Quant aux ganglions, tributaires des troncs lymphatiques, ils sont gros et douloureux.

On a discuté pour savoir si l'accès éléphantiasique débutait par les symptômes généraux ou les symptômes locaux.

Si on interroge les malades, ceux-ci répondent invariablement qu'ils sentent la crise venir lorsque leurs ganglions commencent à s'engorger.

Le frisson et la fièvre n'éclatent que quelques heures après ; l'attaque d'éléphantiasis aurait donc un début local ganglionnaire.

c) *Evolution.*— Les attaques se répètent plusieurs fois (de trois à huit accès pendant l'année), entre chaque attaque, la peau tend à reprendre son volume normal ; quand les crises sont rapprochées, le malade ne désenfle plus.

Lorsque la région atteinte acquiert un certain développement, les symptômes locaux suivent la même marche que les symptômes généraux, c'est-à-dire s'atténuent : la lymphangite est moins nette et les bubons deviennent à la longue indolents.

II. — PÉRIODE D'ÉTAT. — A ce moment, le membre inférieur est augmenté de volume et déformé. Cet aspect est, du reste, des plus variables, la description clinique se confond alors avec l'étude anatomo-pathologique que nous envisagerons plus loin.

III. — EVOLUTION. — Celle-ci porte généralement sur des années ; un fait digne de remarque, est la longue intégrité fonctionnelle du membre. Bien que le membre soit déformé et que le patient soit obligé de porter un costume approprié, il peut exécuter de nombreux travaux sans être très gêné apparemment.

Il existe seulement de la fatigue le soir.

Et cette opposition entre l'énormité des lésions et la conservation relative de la fonction n'est pas le fait le

moins suprenant de cette curieuse maladie. De même, l'état général est très peu touché.

ÉTUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE

1° CARACTÈRES ANATOMO-CLINIQUES

Ces éléphantiasis sont très polymorphes. Un seul membre peut être intéressé, ou bien les deux ensemble. Au niveau d'un membre, le pied seul peut être lésé, la jambe seule, exceptionnellement la cuisse seule.

Une disposition fréquente est l'association pied et jambe, la cuisse étant indemne. L'hypertrophie est extrêmement variable. Tantôt de volume modéré avec des téguments en bon état, tantôt au contraire l'hypertrophie est considérable et les téguments sont altérés.

ROMITI classe les éléphantiasis en cinq types anatomo-cliniques.

Premier type. — Le membre inférieur présente une augmentation légère et uniforme de volume, ayant l'aspect d'œdème.

La peau est modérément épaissie, il n'y a pas de troubles fonctionnels.

Deuxième type. — L'augmentation de volume est importante ; la forme du membre est irrégulière, son poids est augmenté. La peau est franchement épaissie, Le tissu cellulaire sous-cutané est le siège d'une prolifération ainsi que d'une certaine transformation fibreuse. Les lymphatiques augmentent de calibre et de nombre.

Troisième type. — Dans ce type plus accentué, les tissus prennent la forme de bourrelets séparés par des sillons. La peau est épaissie, rugueuse.

A ce stade, les abcès cutanés sont fréquents et on observe sur la peau des cicatrices d'incision.

Quatrième type. — Eléphantiasis verruqueux. La peau présente un aspect verruqueux.

Cinquième type. — Ce sont les cas extrêmes. Le membre a un aspect éléphantoïde, aspect de cuir. Le tissu cellulaire sous-cutané est extrêmement hypertrophié, le cou-de-pied est comblé. Ici le poids du membre est suffisant pour créer de l'impotence ; ce sont ces cas qui relèvent de l'amputation.

D'une façon générale, il est classique de distinguer deux variétés d'éléphantiasis : 1° l'œdème mou ; 2° l'œdème dur.

1) *L'œdème mou.* — L'œdème mou est mou d'emblée, et il se maintient en cet état jusqu'aux stades avancés ; la peau est de consistance molle et garde l'empreinte en godets du doigt. La peau peut être soulevée en plis ; ceci est dû au fait que le derme n'est pas très épaissi.

Ces formes d'œdèmes mous se localiseraient d'après ROMITI surtout à la jambe et au cou-de-pied. Le pied restant normal pendant très longtemps.

2) *L'œdème dur.* — Il est dur d'emblée ; la peau ne prend pas l'empreinte du doigt et ne peut être plissée. Ici le derme est beaucoup plus épaissi que dans l'œdème mou. Il est classique d'attribuer deux à trois centimètres d'épaisseur à la couche dermique. ROMITI n'a jamais observé d'hypertrophie aussi considérable dans ses 45 cas rapportés : la couche dermique aurait tout au plus quelques millimètres.

Pour lui, l'œdème dur se localise surtout au cou-de-pied et au dos du pied tandis que l'hypertrophie de la jambe reste modérée ; la jambe a alors la forme d'une botte de cavalerie.

Mais une telle distinction entre œdèmes mous et œdè-

mes durs est assez schématique, car ces deux aspects peuvent coexister sur la même région atteinte.

2° CARACTÈRES ANATOMO-PATHOLOGIQUES

A) LA PEAU.

L'aspect extérieur de la peau est généralement normal chez les sujets de race blanche et ne présente aucune altération de couleur. Parfois, cependant, il peut y avoir altération de couleur par hyperémie. Un signe fréquent est la présence de capillaires dilatés, les pores semblent plus distants les uns des autres et dilatés, les poils sont rares. Dans les cas où l'aspect de la peau est modifié, nous pouvons observer deux différents groupes d'altérations.

1) *Les altérations de la peau dues à l'éléphantiasis lui-même.*

Ce sont des altérations dépendant des troubles de la circulation ou de l'hypertrophie des papilles du derme. Ces dernières peuvent se présenter sous l'aspect d'hyperkératose, véritable aspect ichtyosique de l'épiderme ou bien d'hypertrophie des papilles lesquelles formant des protubérances sur la surface de la peau donnent à celle-ci un aspect rugueux par la présence de proliférations étendues, de papillomes cornés. Cette forme, connue sous le nom de dermatose papillomateuse, est absolument caractéristique de l'éléphantiasis et elle est surtout commune dans les types d'éléphantiasis à œdème dur des jambes, genre botte de cavalerie. Les deux formes d'altération cutanée précitées peuvent être observées au stade initial ou un stade avancé de l'affection dans les formes d'œdème mou ou dur ; mais elles paraissent plus fréquentes dans l'œdème dur.

2) *Les altérations de la peau dues à des complications secondaires.*

Ces complications sont dues au manque de propreté et d'hygiène ; elles peuvent être causées par l'application de remèdes populaires dont le patient aura fait usage ; ce sont des révulsifs, des pointes de feu, des scarifications, etc., etc.

Après tous ces traitements, la peau, au lieu de rester lisse et uniforme, se présente bosselée et mamelonnée, mais ces apparences n'ont rien à voir avec les altérations cutanées dues au cours normal de l'affection ; elles sont, au contraire, dues au fait que par l'application de ces remèdes, les tissus sous-cutanés réagissent aux endroits traités par une prolifération active de tissus conjonctifs.

La peau adhère aux tissus sous-jacents par une cicatrice serrée, et résultat final de ces altérations anatomiques, l'œdème du tissu sous-cutané n'est plus uniforme, l'œdème étant moins fort aux endroits des cicatrices est très prononcé en d'autres endroits. Cela se voit surtout chez les patients soumis au traitement des scarifications ; dans ce cas, le membre au lieu d'avoir l'aspect mamelonné comme dans les cas traités par les pointes de feu, présente une surface ondulée avec des sillons plus ou moins profonds aux endroits où se trouvent les cicatrices de scarification alternant avec des reliefs œdémateux.

D'autre part, il est facile de rencontrer des cicatrices d'ulcères, très étendues et guéries, des jambes atteintes d'éléphantiasis. Dans ces cas comme dans les autres, l'œdème est très léger à l'endroit de la cicatrice tandis qu'il maintient son énorme développement dans les autres parties du membre.

A ces altérations cutanées, on peut rattacher plusieurs formes de dermatoses eczémateuses chroniques, d'ulcères chroniques, avec sécrétions fétides, dus à une infection mixte.

Ces affections secondaires étant toutes dues à un manque de soins et de propreté.

Il va de soi que l'état éléphantiasique du membre favorise ces complications et que ces affections cutanées peuvent être un important facteur dans la pathogénie de l'éléphantiasis. Mais ces complications ne sont pas la conséquence directe de l'éléphantiasis et peuvent être soignées facilement par des traitements opportuns sans gêner le cours ultérieur de l'éléphantiasis. Les altérations de ce groupe sont évidemment indépendantes de l'âge de l'affection.

B) *LE TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ.* — Le tissu conjonctif sous-cutané est le siège d'une néo-formation cellulaire.

Les nouvelles cellules ont des dimensions variables parfois énormes.

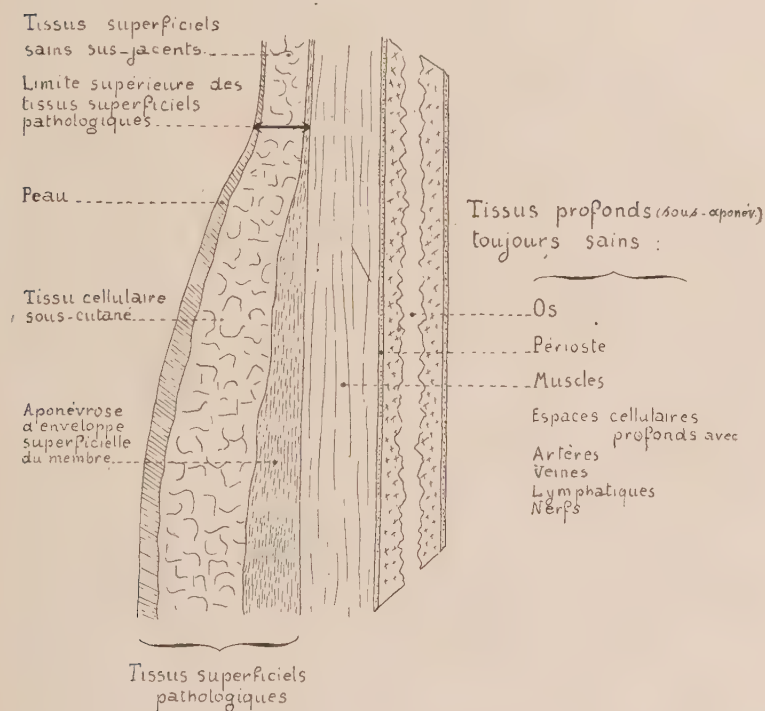
On rencontre une infiltration abondante autour des vaisseaux, de polynucléaires, de macrophages, de plasmazellen. Les cellules adipeuses disparaissent. Dans certains points — et ceci est une lésion constante dans l'éléphantiasis scléreux (œdème dur) — on note entre les cellules fixes la présence de fibrilles conjonctives grêles, de cellules fixes, aplaties, l'absence de réseau élastique, en un mot la formation de tissus fibreux.

1) *Œdème mou.* — Le tissu cellulaire sous-cutané dans l'œdème mou a l'aspect ordinaire de l'œdème banal ; incisé, il présente une infiltration de sérum et prend un aspect gélatiniforme.

A la surface de la section, il se produit un abondant écoulement séreux, spontanément coagulable ; la coupe se fait sans difficulté. Le tissu conjonctif est légèrement hyperplastique, condition qui facilite une large distension des tissus.

2) *Œdème dur.* — Ici les lésions de sclérose prédominent ; le tissu cellulaire est résistant, difficile à sectionner et crie sous le couteau, comme si celui-ci coupait une cicatrice.

Coupe longitudinale d'un membre atteint d'Eléphantiasis.



D'après Lepebvre

FIGURE I

Cet œdème est caractérisé par une forte hypertrophie du tissu conjonctif. L'infiltration de sérum dans le tissu cellulaire n'est pas très considérable, et on trouve le tissu graisseux hyperplastique, de sorte que dans l'ensemble, la lésion présente les caractères de la sclérolipomatose.

C) *LES VAISSEAUX*. — Il est classique de dire que ce sont surtout les lymphatiques qui sont lésés, cependant, il est très fréquent de voir les artères et les veines présenter le maximum de lésions.

1) *Les lymphatiques*. — Macroscopiquement, les vaisseaux lymphatiques sont dilatés et leurs parois épaissies.

A la surface de la peau, ils dessinent des varices lymphatiques avec des dilatations ampullaires pseudo-vésiculeuses.

Les ganglions lymphatiques sont altérés ; ils sont scléreux et renferment parfois dans leur intérieur de petites cavités kystiques contenant de la lymphe.

Microscopiquement, les lymphatiques ont leurs parois épaissies et présentent les caractères de l'inflammation chronique.

L'endothélium desquame et forme par placé des bouchons obstruant la lumière ; on constate en certains endroits des dilatations kystiques ; en certains points, les lymphatiques forment de véritables lacunes. Telle est l'opinion classique.

ROMITI s'élève contre ces faits. L'étude histologique des fragments prélevés au cours de ces interventions ne lui a montré en aucun cas d'altération particulière des vaisseaux lymphatiques.

Normalement, comme on le sait, la distribution des capillaires lymphatiques est abondante dans le derme où ces vaisseaux forment un plexus articiel et un plexus profond dans le premier envoi des ramifications dans les papilles du derme. Le tissu sous-cutané est dépourvu de capillaires lymphatiques, et les lymphatiques superficiels peuvent se partager en deux groupes, l'un médial, qui

suit le cours de la grande saphène, l'autre latéral qui accompagne la petite saphène.

Jamais, au cours de ses interventions ou des dissections post-opératoires des pièces enlevées, cet auteur n'a remarqué une altération évidente des vaisseaux lymphatiques.

Les capillaires lymphatiques de la peau à l'examen microscopique semblent être compris dans un processus scléreux, tandis que le système des vaisseaux lymphatiques superficiels est très peu altéré.

2) *Les vaisseaux artériels et veineux.*

A l'examen macroscopique, ils sont enflammés ou sclérosés (surtout les veines) les artères sont parfois dilatées.

GUNZBURGER a cité le cas d'une artère poplitée grosse comme une iliaque externe. A l'examen microscopique, les vaisseaux artériels et veineux sont atteints d'endo et de périvasculite. Leur endothélium prolifère et oblitère la lumière du vaisseau ; les tuniques vasculaires s'hypertrophient. Tout autour du vaisseau, on note une infiltration leucocytaire, on peut également observer des hématies qui sont sorties des vaisseaux. Les veines sont de loin les plus altérées et atteintes de thrombose.

Lorsqu'on pratique un drainage chirurgical en plusieurs temps, on peut voir à la seconde séance opératoire, quand l'œdème du tissu sous-cutané a déjà diminué que l'œdème des parois veineuses persiste encore d'une façon très évidente. Les thromboses vasculaires peuvent être infiltrées de néoformations capillaires.

Il faut signaler que ces lésions vasculaires n'existent qu'au-dessus de l'aponévrose d'enveloppe superficielle du membre. C'est ainsi que pour les veines de communication entre le réseau superficiel et le réseau profond l'altération susdite existe seulement dans la partie superficielle, car, la partie de la veine qui se trouve sous l'aponévrose, conserve un aspect normal (ROMITI).

En conclusion, il semble que les vaisseaux les plus altérés dans l'éléphantiasis soient les veines. C'est un point sur lequel tous les auteurs modernes sont d'accord.

D) *LES NERFS*. — Les nerfs sont parfois considérablement augmentés de volume ; ils sont atteints de névrite, leur tissu conjonctif est épaissi dans des proportions parfois énormes.

Les cylindraxones plus ou moins altérés, peuvent même disparaître par place (CORNIL).

E) *APONÉVROSE SUPERFICIELLE D'ENVELOPPE DU MEMBRE*. — L'aponévrose superficielle d'enveloppe du membre est plus épaisse que normalement et cet épaississement est proportionnel à la durée de la maladie.

Dans les stades avancés, cette hypertrophie est considérable, mais elle n'est pas uniforme, car il y a des zones où l'épaississement est plus fort en comparaison d'autres zones de la même aponévrose.

Le fascia est d'aspect blanchâtre, non élastique, rigide et adhérent au tissu cellulaire sous-cutané, par sa face supérieure, tandis que sa face profonde musculaire est libre de toute adhérence, et conserve son aspect brillant et blanchâtre.

Histologiquement, elle est formée d'un tissu connectif fibreux très dense avec peu d'éléments élastiques.

F) *LES MUSCLES ET LES PLANS SOUS-JACENTS A L'APONÉVROSE SUPERFICIELLE D'ENVELOPPE*. — Les muscles sont d'aspect normal, si l'on excepte les cas de longue durée dans lesquels on observe quelquefois une dégénérescence graisseuse avec atrophie du tissu musculaire qui doit très probablement être attribuée aux conditions de repos auxquelles le membre a été soumis.

Les espaces cellulaires inter-musculaires, les gros troncs artériels, veineux et lymphatiques profonds sont normaux.

C'est cette particularité anatomo-pathologique si spéciale à l'éléphantiasis où, en fait, toutes les lésions sont

superficielles, qui a été utilisée par les promoteurs des techniques de drainage genre KONDOLEON.

En somme, les lésions d'éléphantiasis des membres inférieurs et cela est du reste vrai pour toutes les localisations (scrotum, vulve, etc.) sont des lésions longtemps superficielles. Elles s'arrêtent à l'aponévrose superficielle d'enveloppe, la partie centrale profonde est indemne. C'est un caractère anatomo-pathologique capital de cette affection.

L'ÉLÉPHANTIASIS TROPICAL DES MEMBRES SUPÉRIEURS

Nous n'insisterons pas sur ces localisations, elles sont beaucoup plus rares que l'éléphantiasis des membres inférieurs ; du reste, leurs caractères cliniques et anatomo-pathologiques sont les mêmes, en particulier leur disposition segmentaire.

L'ÉLÉPHANTIASIS TROPICAL DU SEIN

C'est une forme exceptionnelle ; il suffit de signaler son existence, intéressante du point de vue dogmatique.

ÉLÉPHANTIASIS TROPICAL DU SCROTUM ET DE LA VERGE

A) ÉLÉPHANTIASIS DU SCROTUM. — Cette localisation, par sa fréquence, vient immédiatement après celle du membre inférieur dans l'ordre décroissant.

Sur cent cas de localisation génitale chez l'homme, il y a soixante cas de localisations scrotales.

a) *Etude anatomo-clinique.* — Le début est souvent brusque, à la suite d'un accès éléphantiasisque, ou lent évoluant d'une manière chronique.

Dans certains cas, il est précédé par un lympho-scrotum. Quel que soit le mode de début, la peau s'épaissit, le scrotum augmente de volume et devient piriforme. A la palpation, le testicule est de plus en plus difficile à percevoir. Les lésions débutent en général à la base des bourses.

La forme générale de la tumeur est celle d'un cône tronqué à base inférieure.

La tumeur du scrotum atteint des dimensions considérables, descendant jusqu'au sol dans les cas extrêmes, empêchant ou gênant la marche dans tous les cas.

Elle revêt diverses formes :

Arrondies, ovalaires, piriformes, souvent aplaties dans ses parties en contact avec la face interne des cuisses, avec le sol (le malade devenu infirme restant constamment assis dans la même position) cette tumeur est toujours symétrique par rapport au raphé médian.

Le méat urinaire ou « vulve » se trouve sur la ligne médiane, à une distance variable du pubis, selon le tiraillement exercé par la tumeur. La tumeur, par son poids, entraîne le revêtement cutané de la verge lorsque celle-ci est indemne ; le fourreau, sous l'effet de la traction se retourne, formant ainsi un conduit par où s'écoule l'urine, la verge est toujours enfouie dans la partie supérieure de la tumeur où la palpation permet quelquefois de la situer. GOUZIEU compare la disposition du gland au fond de l'ancien fourreau à celle que présente le col de l'utérus au fond du vagin.

Cette disposition singulière du fourreau retourné à l'intérieur de la tumeur est remarquable, car la peau a conservé toute sa souplesse et, cette particularité a été utilisée à des fins thérapeutiques (lambeau autoplastique).

Dans les cas moyens au point de vue de l'ancienneté des lésions et de leur étendue, l'épiderme semble intact, uni

comme celui d'une hernie inguinoscrotale volumineuse. La peau ne peut tout de même pas être plissée parce que très adhérente au plan profond.

Dans les cas plus anciens ou plus étendus, la peau revêt sur toute la base de la tumeur un aspect papillomateux verruqueux caractéristique.

C'est à ce niveau que se trouvent souvent de vastes ulcérations. Le raphé médian est toujours nettement visible, formant un relief accusé. A la coupe médiane, suivant le raphé d'avant en arrière, on trouve un plan de clivage très net de chaque côté du septum médian, formé par les fibres profondes du dartos, toujours hypertrophiées.

On divise la tumeur en deux parties symétriques.

Chaque surface de section présente deux zones distinctes, l'une périphérique dure et blanchâtre, véritable tumeur ; l'autre, centrale, molle et bleutée, contenant le testicule et le cordon. Il n'existe pas de plan de clivage entre ces deux zones. Le testicule se trouve dans la masse centrale mucoïde, gélatineuse. Sa position est variable selon la profondeur de la poche centrale au fond de laquelle il est fixé par le gubernaculum testis. Ce dernier semble normal ; sa section libère le testicule. Il apparaît donc que la couche fibreuse superficielle qui double en dedans le tissu cellulaire sous-cutané et sur laquelle vient se fixer le ligament suspenseur du testicule limite intérieurement la véritable tumeur éléphantiasique qui proviendrait uniquement de l'altération du tissu cellulaire sous-cutané. Entre la fibreuse externe et la fibreuse interne, directement en contact avec la vaginale et le testicule, se développerait cette masse gélatineuse dans laquelle sont plongés le testicule et le cordon, et qui semble plus provenir d'une réaction de défense de couches fibreuses que d'une altération propre de ces deux tissus. Dans les cas récents et de moyen volume, la distinction et la séparation des deux zones — centrale et périphérique — de la tumeur est difficile.

Le testicule paraît adhérent à la fibreuse externe, sa

recherche et son isolement sont plus délicats, faits qui viendraient à l'appui de réaction de défense, prêtée à la masse centrale qui, dans ce cas, n'aurait pas le temps de se constituer.

Les testicules et les cordons spermatiques, sont normaux dans l'ensemble (ceci est en liaison avec la conservation des désirs génésiques) cependant il existe parfois de volumineuses hydrocèles et un épaississement des tuniques vaginales.

Les cordons spermatiques sont constamment allongés, parfois épaissis, mais pratiquement, ils sont indemnes. On voit que là encore la lésion éléphantiasique est superficielle comme dans l'éléphantiasis des membres.

Pour la majorité des auteurs, les artères qui nourrissent ces énormes tumeurs sont de dimensions considérables.

Les veines sont très volumineuses et « comme il peut s'y faire une régurgitation de sang provenant du tronc, elles sont très aptes à saigner abondamment » (MANSON).

ASSALI a compté dans certains cas « jusqu'à douze ligatures sur des veines d'un volume d'un crayon. » Cependant, certains auteurs n'ont pas été frappés par l'importance particulière de cette vascularisation.

P. DELOM, qui a opéré 241 éléphantiasis du scrotum dit que « les vaisseaux sont périphériques et directement sous la peau; la masse tumorale étant avasculaire. Ces vaisseaux sont de petit calibre ; on ne retrouve pas, en effet, les énormes veines dilatées qui sillonnent la peau distendue dans les volumineuses hernies inguino scrotales. Les artères ont perdu leur élasticité. Elles ne la retrouvent qu'à la partie supérieure de la tumeur, en tissus sains. Nous n'avons pas été frappés à cet endroit du développement exagéré de ces vaisseaux dont l'hémostase a toujours été facile.

« Il s'ensuit que la circulation sanguine de la tumeur nous paraît très insuffisante, les altérations des vaisseaux n'étant pas douteuses. Par contre, un liquide d'œdème très abondant s'écoule à l'incision. Il baigne toute la tumeur. Il existe donc à coup sûr des troubles circulatoires intenses aussi bien sanguins — altération de la paroi des vaisseaux — que lymphatiques : atteinte constante des ganglions de l'aîne. »

B) ÉLÉPHANTIASIS DE LA VERGE. — La localisation isolée à la verge est rare : 5 % des localisations génitales chez l'homme. Elle est surtout rencontrée chez les enfants et les hommes jeunes ; il est très probable qu'abandonnée à elle-même cette lésion évolue vers l'extension au scrotum. Dans le plus grand nombre des cas, cet éléphantiasis de la verge est associé à un éléphantiasis du scrotum (45 % des éléphantiasis génitaux de l'homme).

La forme et le volume de la tumeur pénienne sont des plus variables. Dans les hypertrophies moyennes, le pénis est souvent enroulé sur lui-même en forme de corne de bœuf ; dans d'autres cas, il est énorme, et acquiert la longueur d'un pénis de mulet qu'il dépasse souvent en grosseur ; parfois, il a la forme d'un battant de cloche, bosselé ; le gland n'est pas visible. L'urine s'écoule par un conduit non plus formé par le revêtement cutané de la verge, retourné en doigt de gant, mais bien par les parois de la tumeur. Quelquefois la tumeur formée par les lésions de la verge est minime, n'intéressant que le prépuce.

Dans ces cas, disposée en collerettes, la tumeur de la verge retient le gland à l'extérieur, et empêche la verge de disparaître à l'intérieur de la masse éléphantiasique. L'hypertrophie pénienne ne porte que sur la peau. Ici comme dans toutes les manifestations éléphantiasiques la localisation est superficielle ; jamais, en particulier, ni les corps caverneux, ni le gland, ne sont atteints ; cependant la localisation pénienne est assez fâcheuse, car la masse éléphantiasique très dure est très adhérente au corps caverneux et à l'urèthre. La recherche de ce dernier, véritable dissec-

tion, est délicate, car on risque de voir s'établir des fistules uréthrales post-opératoires. La résection de l'enveloppe cutanée de la verge est également moins commode.

Elephantiasis du Scrotum avec verge enfouie

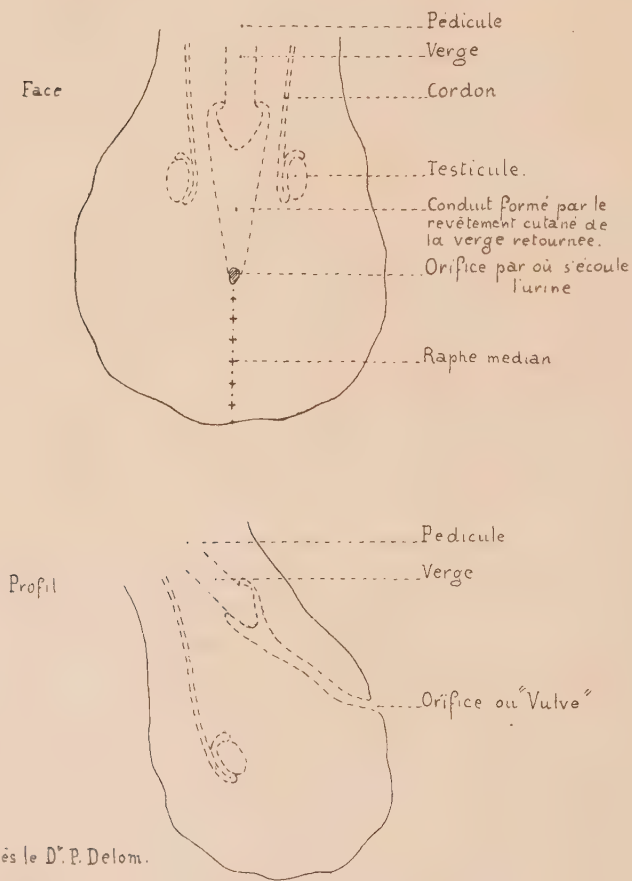


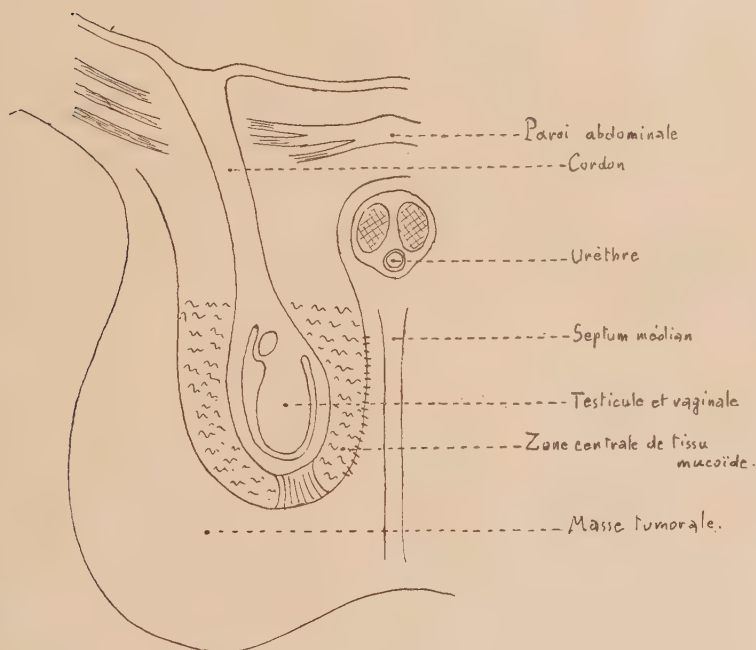
FIGURE 2

C) ÉLÉPHANTIASIS DU SCROTUM ET HERNIE. — Une hernie inguinale peut très bien coexister avec une tumeur du scrotum. Les hernies sont très fréquentes chez les noirs, où l'éléphantiasis du scrotum est volontiers rencontré. La

coexistence d'une hernie inguinale et d'un éléphantiasis du scrotum se voit dans 3 % environ des cas d'éléphantiasis génitaux de l'homme.

Dans l'ensemble, le diagnostic est facile à porter, cependant, dans certains cas, il peut être hésitant.

Coupe frontale d'un Elephantiasis du Scrotum



D'après le Dr P. DELOM.

FIGURE 3

Or, la coexistence de ces affections est capitale à connaître. En effet, la cure de l'éléphantiasis n'est pas une opération toujours rigoureusement aseptique ; le canal d'écoulement d'urine qui fait suite au gland est souvent recouvert d'un enduit puriforme. L'ouverture du péritoine au cours de la cure herniaire peut entraîner une péritonite mortelle.

On évite cela en faisant dans une première interven-



Tumeur de la verge en battant de cloche ; l'urine s'écoule par un conduit sinueux formé par la tumeur. L'orifice de sortie n'est plus médian.

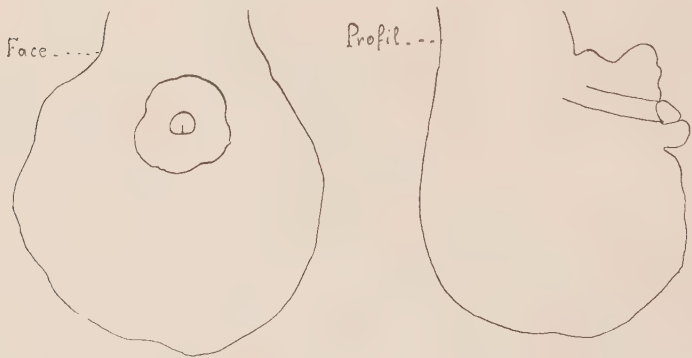


FIGURE 4

Atteinte légère de la peau de la verge qui formant bourrelet, maintient le gland à l'extérieur et empêche la verge de disparaître à l'intérieur de la tumeur.

D'après le Dr P. DELOM.

tion la cure radicale de la hernie et puis en traitant l'éléphantiasis dans une opération ultérieure. En cas de diagnostic douteux, on doit pratiquer une incision inguinale exploratrice.

D) HYDROCÈLES ET ÉLÉPHANTIASIS DU SCROTUM. — Les hydrocèles se voient dans 5 % environ des cas d'éléphantiasis du scrotum. Elles sont soit unilatérales, soit bilatérales. Le diagnostic n'est pas posé cliniquement, c'est uniquement à l'intervention qu'on constate la lésion. Cela n'a du reste aucune importance ; on est simplement amené à pratiquer, en plus de la cure de l'éléphantiasis, le retournement ou le résection de la vaginale.

ÉLÉPHANTIASIS TROPICAL DE LA VULVE

L'éléphantiasis tropical de la vulve est beaucoup moins fréquent que l'éléphantiasis du scrotum. Il est caractérisé par une hypertrophie unie ou bilatérale des grandes lèvres. Parfois, les petites lèvres et le clitoris participent au processus d'hyperplasie.

L'éléphantiasis tropical présente les mêmes aspects cliniques et anatomo-pathologiques que l'éléphantiasis nostras de la vulve. Ce dernier a été beaucoup plus étudié ; nous donnons, à titre descriptif, une observation résumée d'un éléphantiasis de la vulve.

OBSERVATION

MARCONDES DE MOURA (résumé).

L. C., négresse brésilienne de 32 ans, veuve, vient consulter le 25 février 1929 pour une volumineuse tumeur siégeant au niveau des organes génitaux externes. Elle raconte que cette tumeur a commencé à se former vers 1927 sans cause apparente, à peine notable-elle que quelque temps avant elle avait eu sur la région une petite saillie ressemblant à un clou. Celle-ci se transforma plus tard en une plaie de petites dimensions. Elle ne se rappelle pas si elle a eu de la

fièvre à cette occasion. Elle se traita avec des pommades et des applications banales. La maladie débuta par un gonflement peu prononcé, légèrement douloureux qui céda après quelques jours pour recommencer de nouveau à grandir. Depuis lors le volume de la tumeur a augmenté lentement et progressivement, jusqu'à atteindre la grandeur actuelle. L'examen donne les renseignements suivants : les organes génitaux externes sont envahis par une grande tumeur bilobée, suspendue par un pédicule qui se continue avec la peau de la région pubienne et des cuisses, recouvrant toute la région vulvo-anale.

Les deux lobes latéraux, formés au dépens des grandes lèvres, sont inégaux en grandeur. Le gauche, bien plus grand, atteint le volume d'une tête d'adulte. Leur surface est irrégulière et pleine d'élévations mamillaires disséminées, de grandeur variée, ne manquant que sur la portion confinant au pubis. En écartant les deux lèvres qui se juxtaposent sur la ligne médiane par une surface plane relativement lisse et humide, on voit au fond, l'orifice vaginal sur lequel les petites lèvres, de dimensions très réduites, s'insèrent de chaque côté. Une grande partie de la région périnéale se présente dépigmentée.

Le toucher vaginal qui se fait avec difficulté nous indique un corps utérin volumineux mobile, indolent, en antéversoflexion. Les annexes ne sont pas palpables. Rien à signaler de notable dans l'interrogatoire ni dans l'examen somatique de la malade. Les examens de laboratoire ont montré un peu d'albumine dans les urines, mais tous les autres examens sont négatifs, en particulier le B. W.

L'intradermoréaction de MANTOUX et la recherche des microfilaires n'ont donné aucun renseignement.

ÉLÉPHANTIASIS TROPICAL CONGÉNITAL

À côté de ces formes anatomiques, il existe des formes cliniques assez spéciales, que nous devons signaler : ce sont les cas d'éléphantiasis tropical congénital. Ils présentent un intérêt pathogénique indiscutable. Nous donnons deux résumés d'observations publiées par MONCORVO. QUENG, COLEY, LINDFORS, NONNE, JORDAN, VANDUYSE ont publié des observations analogues.

OBSERVATION I

Éléphantiasis congénital. MONCORVO. *Annales de dermatologie*, 1893, p. 233.

RÉSUMÉ. — Enfant de trois mois. Né à Rio. Observé pour la première fois le 6 mai 1890. Le père n'a jamais eu de lymphangite ni

d'œdème. La mère au 6^e ou 7^e mois de la grossesse a eu de vives émotions et de l'œdème des jambes. Autres enfants sains. Né à terme, par le sommet, pèse 6 kg., haut de 60 cm. Dès la naissance les jambes et les pieds offraient un volume anormal qui a subi depuis un accroissement progressif ; il existe un œdème élastique rénitent sauf sur le dos du pied qui garde l'empreinte du doigt. La peau est lisse, de couleur normale, très adhérente au tissu sous-jacent. Légère douleur à la pression. Hydrocèle double. La peau est indemne sur le reste du corps. Pas de filariose. Pas d'examen histologique. Cette tuméfaction sous l'influence d'un traitement compressif et électrique prend la consistance de l'œdème mou.

OBSERVATION II

Éléphantiasis congénital. MONCORVO. Journal de clinique et thérapeutique infantiles, 22 août 1895.

RÉSUMÉ. — Enfant mâle, 5 mois. Race mixte ; observé pour la première fois le 28 mai 1895 ; syphilis héréditaire (coryza, polyadénite). La mère eut une lymphangite du sein gauche, en allaitant son avant-dernier enfant. Plusieurs chutes excessives pendant sa dernière grossesse. Au 7^e mois, nouvelle chute et poussée de lymphangite de la paroi abdominale, avec fièvre, frissons, suivie de suppuration. Accouchement à terme. Enfant naquit avec un éléphantiasis des mieux caractérisés au pied et à la jambe droite. Les orteils sont normaux, la santé satisfaisante. Le 1^{er} juin, M. MONCORVO Fils pratique l'examen du sang prélevé avec tous les soins aseptiques d'un doigt de la mère de l'enfant et n'y trouve qu'une hyperleucocytose. L'examen microscopique du sérum retiré du tiers moyen de la jambe droite du petit malade, est fait le même jour : Il révèle la présence d'un certain nombre de streptocoques de Fehleisen isolés ou groupés en diplocoques ou en chaînettes.

Compression élastique, électrisation. Guérison à la troisième semaine.

Telles sont très rapidement esquissées les différentes formes d'éléphantiasis tropical que l'on peut rencontrer.

L'Éléphantiasis nostras

La distinction classique entre éléphantiasis arabum et éléphantiasis nostras basée sur des notions étiologiques n'a plus actuellement sa raison d'être. Nous ne recommencerons par la description clinique et anatomo-pathologique de l'éléphantiasis nostras qui est calquée sur celle de l'éléphantiasis arabum. Néanmoins, comme de nombreux travaux pathogéniques ont été effectués sur des éléphantiasis nostras, nous conservons cette division.

Il est à remarquer qu'on rencontre, surtout dans nos pays des éléphantiasis des membres et de la vulve. Les éléphantiasis nostras du scrotum sont beaucoup plus rares.

ÉLÉPHANTIASIS NOSTRAS DES MEMBRES

Il est classique de décrire parmi les éléphantiasis nostras des membres, deux catégories de faits différents par leurs conditions d'apparition.

1) D'une part, des éléphantiasis nostras survenant à la suite de poussées inflammatoires plus ou moins marquées, consécutives à des excoriations des membres ou à de mauvaises conditions hygiéniques ;

2) D'autre part, des éléphantiasis consécutifs, soit à l'ablation de cancers du sein avec curage ganglionnaire, soit à l'exérèse de simples adénopathies chroniques, comme cela s'est produit lorsqu'on traita la maladie de Nicolas FAVRE, par l'extirpation en bloc des ganglions.

A) *Éléphantiasis nostras des membres survenant à la suite de poussées inflammatoires.*

Ils sont véritablement calqués sur les *éléphantiasis arabum*, aussi ne reviendrons-nous pas sur leur description ; nous nous contenterons d'en donner quelques observations.

OBSERVATION I

Éléphantiasis nostras des membres (BESNIER, *Gazette des Hôp.*, 2 et 5 nov. 1878). — (Observation résumée).

Adolphe R., ouvrier en galoches, 44 ans. Entre à l'hôpital Saint-Louis le 14 avril 1878. C'est un homme vigoureux sans antécédents morbides, sauf ceux pour lesquels il vient consulter. A l'âge de 12 ans, son membre inférieur droit a commencé à augmenter progressivement de volume. Il habitait la campagne de Bourges, région marécageuse, et à plusieurs reprises il eut dans le cours de son enfance des accès de fièvre intermittente. Il aurait eu une inflammation aiguë des téguments de la jambe à cette époque qu'il désigne sous le nom d'érysipèle, mais érysipèle phlegmonneux, car le médecin qui lui donna ses soins fit des incisions périmalléolaires verticales profondes. Depuis cette époque, jusqu'à maintenant il a eu trois attaques semblables à la première, ayant chacune laissé le membre un peu plus volumineux que précédemment. La dernière crise la plus violente et la plus longue remonte à janvier 1878. Comme dans les dernières, il eut un frisson initial violent prolongé de rougeurs vives envahissant la partie inférieure de la cuisse.

C'est à la suite de cette dernière poussée phlegmonneuse que le membre acquit l'aspect qu'il présente aujourd'hui.

Actuellement on constate une augmentation considérable du volume du membre inférieur droit accentué surtout et arrêté au niveau du cercle périmalléolaire, tandis que le pied semble avoir conservé son volume normal.

MENSURATIONS COMPARÉES

	Membre inf. droit	Membre inf. gauche
Au pli génito-crural	53 cm.	51 cm.
A la partie moyenne de la cuisse.	43 cm.	43 cm.
A la rotule.	33 cm.	30 cm.
A la partie moyenne de la jambe.	38 cm.	31 cm.
Aux malléoles.	31 cm.	23 cm.

La couleur est uniformément normale dans toute l'étendue des parties malades. La couche cornée est intacte. On note seulement quelques excoriations superficielles, un peu de desquamation fendillée sur les faces postérieures. La température appréciée à la main semble normale comparativement à celle du membre sain. Il n'existe aucun trouble profond de la sensibilité ; la consistance est ferme, dure aux parties inférieures et postérieures ; le tégument reçoit cependant et conserve quelques instants l'impression forte du doigt ; à quelque profondeur que soit enfoncée une aiguille qui pénètre avec peine dans les tissus, elle rencontre des couches indurées, fibreuses.

Au devant du tibia cette couche dure est épaisse de 23 mm., l'épaisseur de la partie sur le membre sain n'étant que de 4 à 5 mm. ; partout la piqûre donne issue à un liquide clair, alcalin, fibrinogène, et chargé de cellules. Bien que le poids du membre apporte à la marche une gêne considérable, tous les mouvements peuvent être exécutés.

OBSERVATION II

Gros éléphantiasis de la jambe droite, chez un Européen vivant dans de mauvaises conditions hygiéniques.

HUGEL. — Un cas d'éléphantiasis nostras, 2^e Congrès de dermatologie et de vénéréologie de langue française, Strasbourg, 25-27 juillet 1923.

M. W. G..., 38 ans, né à Lampertsloch. Arr. de Wissembourg. de parents bien portants ; il a travaillé comme domestique chez les paysans de sa commune, et aussi, pendant quelques années, comme manœuvre aux mines de pétrole qui se trouvent aux environs de son village. Depuis quelques années il est berger, et garde les troupeaux de moutons de sa commune. Il passe souvent des nuits entières dehors, dans un terrain quelque peu humide et marécageux. Il n'a jamais changé de vie, il n'a jamais quitté son pays ni son village.

Depuis une douzaine d'années, il remarque que sa jambe droite et son pied droit ont progressivement augmenté de volume.

La jambe et le pied sont démesurément grossis, et présentent tous les autres caractères de l'éléphantiasis. On ne constate pas d'œdème vrai, mais une sensation de dureté, de peau scléreuse au toucher, adhérente au plan profond. La peau ne se laisse ni soulever ni plisser. Hyperkératose, papillomatose, ganglions hypertrophiés de l'aîne, la peau est macérée, provoquant une forte odeur nauséabonde.

MENSURATIONS COMPARÉES

Circonférence	Cuisse droite	50 cm.	Cuisse gauche	46 cm.
—	Genou droit	48 cm.	Genou gauche	41 cm.
—	Mollet droit	37 cm.	Mollet gauche	27 cm.
—	Pied droit	30 cm.	Pied gauche	24 cm.

OBSERVATION III

Sur un cas d'éléphantiasis nostras. RENON (*Société de Biol.*, 3 avr. 1897).

Femme de 64 ans, n'a jamais quitté Paris. Les membres inférieurs et les organes génitaux externes sont atteints d'un éléphantiasis ayant acquis un développement considérable, puisque la mensuration des cuisses dans leur partie moyenne a donné 77 à 80 cm. de pourtour.

Les téguments des cuisses sont le siège d'une rougeur diffuse et de nodosités dues à l'existence de varices lymphatiques, les jambes sont recouvertes de plaques croûteuses ayant plusieurs millimètres d'épaisseur ; au-dessous de ces plaques, il existe une sorte de magma demi solide, d'odeur nauséabonde. La malade se plaint de ces régions, qui sont douloureuses et qui sont actuellement le siège d'une poussée aiguë. L'origine de cet éléphantiasis est difficile à préciser. Il s'est développé à la suite de 10 grossesses ; elle a eu des poussées de lymphangite qui se sont déjà produites plusieurs fois sur les membres inférieurs ; elle a eu notamment une poussée érysipélateuse des plus nettes.

L'examen bactériologique du tégument atteint pratiqué dans la période apyrétique a montré de très rares streptocoques, un micrococcus ayant l'aspect du pneumocoque de Talamon Frankel.

Les cultures sur gélose ont donné de très rares colonies de streptocoques, mais de très nombreuses colonies de pneumocoques.

L'examen bactériologique de la lymphe, puisée par ponction des varices lymphatiques, a donné sur lamelles et dans les cultures les mêmes résultats.

Cette femme reconnaît que plusieurs fois les poussées de son affection ont coïncidé avec un état pulmonaire caractérisé par de la dyspnée, de la toux.

B) *Éléphantiasis survenant à la suite d'opération sur le sein avec ou sans curage des ganglions axillaires.*

Ces éléphantiasis surviennent de façon très variable.

Tantôt ils surviennent immédiatement après l'intervention, tantôt après un véritable intervalle libre, trois

semaines, un mois, parfois après plusieurs mois suivant l'opération.

Ils intéressent le membre tributaire du territoire ganglionnaire.

L'éléphantiasis peut intéresser le membre en entier ou au contraire. être segmentaire, c'est-à-dire ne toucher qu'une partie du membre à l'exclusion des autres. Par exemple, l'avant-bras qui peut être hypertrophié, alors que les bras et la main sont indemnes. Au début, c'est un simple œdème qui peut être accompagné ou non de réactions inflammatoires généralement discrètes. Plus tard, cet œdème qui est devenu chronique, se transforme en éléphantiasis. Il n'y a pas de différence avec les éléphantiasis nostras du groupe précédent. Voici quelques observations de ce 2° groupe de faits.

OBSERVATION I

Éléphantiasis du bras consécutif à l'ablation d'un sein avec curage ganglionnaire. W.-S. HALSTED, REICHERT, MONT-REID. *Lyon Chir.*, juill.-août 1922. — *Observation résumée.*

En 1917, le Docteur HALSTED pratique l'ablation d'un sein avec curage ganglionnaire. Neuf mois après l'opération la malade consulta pour un œdème subit quoique peu important du bras du côté opéré, qui auparavant n'était pas enflé. Elle ne se rappela pas avoir eu des signes généraux et était sûre de n'avoir pas remarqué de rougeurs inflammatoires du bras, coïncidant avec son gonflement. Depuis le moment de cette consultation jusqu'à mort, 4 ans et 3 mois plus tard, l'œdème n'augmente pas. Elle mourut de métastases carcinomateuses des os. Il n'y avait pas récurrence locale, ni de récurrence dans les lymphatiques qui aurait pu affecter la circulation du bras.

OBSERVATION II

HALSTED, REICHERT et MONT-REID (*Lyon Chir.*, juill.-août 1922). (*Résumé*).

Une malade sur laquelle le Docteur HALSTED avait fait en novembre 1916 la cure radicale d'un cancer du sein au Johns Hopkins Hospital, revint le voir en mai 1920 pour un œdème aigu du bras, correspondant au côté opéré. Le bras avait gardé son volume nor-

mal jusqu'en février 1920 où la malade avait eu ce qu'elle appelle « une crise » dans la convalescence d'une grippe.

Cette crise aurait débuté par des nausées, un frisson une forte fièvre. Le bras aussitôt se mit à gonfler, des traînées rouges apparurent allant de l'épaule jusqu'au poignet. En peu de jours la rougeur fut diffuse et l'œdème du bras prit des proportions désespérantes. La main, dit la malade, ressembla à un gant de boxe, et la pression digitale y produisait des godets profonds. Au bout de 8 à 10 jours la rougeur avait disparu et l'œdème était en voie de diminution. Durant les trois mois qui précédèrent sa seconde admission à l'hôpital, la réduction de volume se fit moins rapidement dans le membre malade (bras gauche) dont la circonférence à la partie moyenne mesurait 9 cm. de plus que l'autre bras, et à l'avant-bras 3 cm. 5. Au-dessus de la clavicule aucun ganglion n'était perceptible ; au-dessous il n'y avait ni saillie, ni résistance. Dans la peau du bord supéro-externe de l'aire greffée (HALSTED à cette époque laissait béante la plaie d'exérèse du sein et appliquait immédiatement des greffes cutanées), on trouve une récurrence de carcinome, deux nodules non ulcérés, l'un du volume d'une noisette, l'autre plus petit qu'un pois cassé. Pendant trois ans et trois mois après l'opération et jusqu'à l'épisode infectieux, il n'y avait aucun signe de blocage de canaux lymphatiques par récurrence. Huit jours après sa seconde entrée (1^{er} juin 1920) la malade fut opérée par le Docteur MONT-REM, chirurgien résident. Il trouva la partie moyenne et la troisième partie de la veine axillaire complètement oblitérée, par une néoformation qui se continuait directement avec le plus gros des nodules cutanés.

Il a enlevé la veine axillaire et la tumeur d'un seul bloc très largement. En examinant la pièce, il semble évident que la veine avait été envahie par l'extérieur et qu'elle était oblitérée d'ancienne date, bien avant la crise infectieuse.

Après l'opération, l'œdème diminua rapidement et deux mois plus tard le bras avait retrouvé à peu de chose près ses dimensions normales.

ÉLÉPHANTIASIS DES MEMBRES CONSÉCUTIFS A L'EXÉRÈSE D'ADÉNORATHIES

Éléphantiasis du membre inférieur consécutif à une intervention sur une adénopathie d'origine indéterminée. FILLIPINI (Thèse Montpellier, 1925).

RÉSUMÉ. — C. T..., 63 ans, journalier. Entre dans le service le 8 février 1924 pour éléphantiasis du membre inférieur droit.

En 1893, il a un volumineux bubon inguinal droit. Ce bubon a été incisé, puis, semble-t-il, extirpé dans un service de la Conception.

Sort un mois après l'incision, mais quelques jours après son retour chez lui l'apparition d'un érysipèle qui envahit tout le membre inférieur droit. Durant les années suivantes plusieurs récives se produisent. Elles s'accompagnent d'une augmentation progressive de volume du membre, surtout sensible à la suite d'une dernière atteinte en novembre 1923. Devant les progrès de la tuméfaction qui n'a jamais été douloureuse, le malade entre à l'hôpital.

A l'examen : Eléphantiasis de la jambe droite, qui a le même diamètre que la cuisse.

Tandis que cette tuméfaction se perd en mourant vers la racine du membre, elle cesse brusquement au niveau de la cheville.

La palpation montre des téguments épaissis impossibles à pincer, mais sans godet d'empreinte.

Ce cas est assez discutable, car il est difficile de savoir si c'est l'exérèse qui a provoqué l'érysipèle et éléphantiasis ou si l'érysipèle est survenu spontanément ayant comme conséquence l'éléphantiasis.

ÉLÉPHANTIASIS GÉNITAL CHEZ UN MALADE AYANT SUBI UNE EXÉRÈSE GANGLIONNAIRE POUR MALADIE DE NICOLAS FAVRE

Eléphantiasis génital chez un malade opéré il y a 18 mois pour maladie de Nicolas Favre. Etude des intradermoréactions. NICOLAS, LEBEUF et CHARPY (Bull. Soc. Dermat. et Syphil., Lyon, N° 1, janv. 1932, p. 27).

Malade a présenté une affection ganglionnaire inguinale pour laquelle il a été soigné, il y a 18 mois, pendant de longues semaines ; hypertrophie bilatérale volumineuse, semble-t-il, des ganglions, douloureuse, sans tendance à la suppuration, sans existence d'ulcération génitale constatée.

On a institué à ce moment un traitement spécifique à tout hasard, devant l'inefficacité duquel on s'est décidé à pratiquer l'ablation chirurgicale des masses ganglionnaires.

Actuellement, les régions inguinales sont rétractées par deux longues cicatrices. Le malade présente d'autre part un éléphantiasis volumineux de la verge et scrotum qui serait apparu assez brusquement quelques semaines après l'intervention chirurgicale et au cours d'une nouvelle série d'injections de novarsénobenzol. L'infiltration

œdémateuse ne présente aucun caractère inflammatoire ; elle est manifestement d'ordre mécanique et due vraisemblablement à la suppression des voies lymphatiques de la région.

Chez ce malade dont l'examen est par ailleurs négatif, la réaction de Wassermann est positive et d'autre part les intradermo-réactions pratiquées avec plusieurs antigènes lymphogranulomateux donnent lieu à des réactions papuleuses parfaitement franches.

ÉLÉPHANTIASIS NOSTRAS DE LA VULVE

Cliniquement, il est classique de distinguer deux variétés d'éléphantiasis nostras de la vulve :

1° L'esthiomène de la vulve, décrite par HUGUIER, en 1848, où le processus hypertrophique est secondaire à une ulcération plus ou moins chronique de la région vulvaire.

Dans bon nombre de cas, il apparaît des poussées inflammatoires avec rougeur œdémateuse et douloureuse de la peau, réaction lymphangitique et adénopathie.

Tout rentre dans l'ordre au bout de quelques jours, mais il se produit des recrudescences répétées, quelquefois même rythmiques, à l'occasion des causes banales.

Souvent elles sont d'ailleurs moins violentes et plus traînantes que le premier épisode.

La tuméfaction qui ne s'était pas entièrement dissipée, s'installe et augmente peu à peu.

Tantôt une grande lèvre augmente de volume, tantôt les deux engainant le clitoris et les petites lèvres dans une sorte de fer à cheval. Dans certains cas, le clitoris et les petites lèvres peuvent participer au processus d'hyperplasie.

2° Une forme hypertrophique d'emblée à début insidieux et évolution torpide, à l'origine de laquelle on rencontre très souvent la tuberculose ou la syphilis.

ANATOMO-PATHOLOGIE
DE L'ÉLÉPHANTIASIS NOSTRAS VULVAIRE

Lorsqu'on pratique l'examen histologique d'une telle tumeur éléphantiasique, on retourne les caractères généraux des lésions éléphantiasiques, œdème chronique associé à l'hyperplasie conjonctive.

Voici le compte rendu anatomo-pathologique d'une observation de DELANGE :

Tumeur recouverte par un épiderme peu kératinisé et constitué par une hyperplasie conjonctive du derme accompagné d'œdème et de phénomènes d'inflammation chronique. L'épiderme n'est pas épaissi et présente simplement de légères lésions de spongieuse.

Le tissu conjonctif du derme a un aspect variable très riche en collagène, immédiatement au-dessus de l'épiderme, il est, au contraire, lâche et même hyalin vers le centre de la tumeur.

La vascularisation est abondante, surtout en lymphatique généralement extasiés ; les vaisseaux sanguins sont légèrement altérés ; on note surtout un épaississement de la paroi.

Le processus inflammatoire envahit toute la tumeur, l'ensemble du tissu est parsemé de nodules dont la taille varie, de même que la constitution.

Les nodules jeunes se présentant sous la forme de manchons périvasculaires constitués par la réunion en couronne des plasmocytes qui prédominent toujours nettement.

On rencontre, en outre, quelques mastzellen.

Les polynucléaires font, à peu près, complètement défaut.

Les nodules plus évolués sont formés, au centre, par une ou plusieurs cellules géantes.

Ces cellules sont entourées de cellules épithélioïdes, puis de lymphocytes mélangés à des plasmocytes. ;

Il est remarquable que les nodules contenant des cellules géantes renferment toujours une assez forte proportion de lymphocytes.

Une autre formation est assez constante, certains plasmocytes contiennent des granulations bien visibles, surtout après la coloration de MANN.

Ces granulations apparaissent alors, tantôt bleues, tantôt rouges, excessivement petites et très nombreuses ou, au contraire, de grande taille et moins nombreuses. Elles correspondent aux « corps de RUSSEL ».

On les trouve surtout dans les plasmocytes des nodules jeunes.

Il semble bien que ces granulations constituent au moins une partie des inclusions arrondies, œsinophiles que l'on voit dans certaines cellules géantes.

Les cellules géantes existent aussi en dehors de tout nodule à l'état libre, en plein tissu conjonctif, où elles paraissent subir un processus dégénératif marqué.

En aucun point, on ne peut noter de caséification.

Le Trophœdème

C'est Henri MEIGE qui, en 1898, créa ce nom en décrivant le syndrome : « Le terme de trophœdème, dit-il, pourrait être employé d'une façon générale pour désigner tous les œdèmes dystrophiques, de cause encore inconnue, mais vraisemblablement d'origine nerveuse. Il n'aurait d'autre mérite que sa brièveté ».

GÉNÉRALITÉ SUR LE TROPHOÈDÈME

Nous empruntons à LÉRI cette description générale du syndrome : « C'est un œdème blanc, dur, indolent, qui infiltre de façon permanente un ou plusieurs segments d'un ou plusieurs membres sans porter atteinte à la santé générale.

« Mais nous ignorons encore tout de la cause du trophœdème et ne savons même pas s'il convient de le ranger parmi les affections autonomes, les entités cliniques, ou parmi les syndromes morbides. Nous savons seulement qu'il est quelquefois congénital, parfois familial ou héréditaire, d'autres fois acquis. Sa distribution segmentaire permet d'incriminer, avec quelque apparence de raison, une altération des centres trophiques de la moelle, avec atteinte primitive ou secondaire du sympathique.

« La théorie médullaire, soutenue par MEIGE, a été généralement admise par les auteurs. Mais elle manque encore de faits anatomo-cliniques bien précis et probants. Aussi, certains observateurs ont-ils pu soutenir, sans plus de preuves d'ailleurs que le trophœdème était dû, soit à une altération primitive de la circulation sanguine ou lymphatique, soit à un trouble du fonctionnement des glandes vasculaires sanguines, notamment de la thyroïde ».

Jusqu'à ces dernières années, on ne possédait que des documents cliniques sur le trophœdème. Les examens anatomo-pathologiques manquant, on ne savait pas si on avait affaire à un œdème chronique ou à un éléphantiasis ; actuellement, depuis qu'on a tenté diverses thérapeutiques chirurgicales, cette lacune est comblée, et nous pouvons dire, dès maintenant, que rien ne différencie, du point de vue anatomique, le trophœdème de MEIGE des éléphantiasis.

ÉTUDE CLINIQUE

Le trophœdème de MEIGE peut siéger partout :

Membres ; organes génitaux ; visage ; mais sa localisation élective se trouve au niveau des membres inférieurs (comme les éléphantiasis) ; nous allons citer, à titre de description clinique, un certain nombre d'observations qui montreront les modalités du syndrome.

A) TROPHŒDÈME DES MEMBRES INFÉRIEURS

Voici les premières observations de MEIGE parues sous le nom de dystrophie œdémateuse héréditaire (*Presse Médicale*, 14 décembre 1898) :

Jeune fille de 17 ans, *FEL...*, entrée à l'Hôpital Saint-Antoine en juin 1898, présente depuis 1894 un œdème chronique du membre inférieur droit ayant commencé par le pied et la cheville ; œdème indolore, blanc et dur. Le membre entier est noyé dans une sorte de gangue œdémateuse, une différence d'au moins 10 cm. permet d'apprécier l'augmentation de volume du membre œdématié.

Un détail est à noter : il existe une hypoesthésie nettement accentuée sur toute la moitié droite du corps. Sur la jambe et le pied, l'hypoesthésie est complète, se terminant en botte au niveau du genou.

La sœur de la malade, *ARM...*, âgée de 21 ans, présente également un œdème qui occupe les deux membres inférieurs.

L'enflure a commencé vers l'âge de 13 ans, se cantonnant d'abord aux chevilles pour envahir plus tard les jambes, les genoux, les cuisses, et cela aux deux membres simultanément. Actuellement

l'œdème est blanc, dur et indolore et garde difficilement l'empreinte du doigt. L'œdème augmente au moment des règles. La sensibilité est conservée. A cinq reprises différentes sont survenues des poussées aiguës et douloureuses, accompagnées de rougeur des téguments et d'un excès de tuméfaction. Les mouvements, la pression, exaspéraient les douleurs qui occupaient à fleur de peau toute la périphérie du membre. Au bout d'un mois de repos la malade reprenait son travail, mais l'œdème blanc, dur et indolore persistait toujours comme devant.

La mère de ces jeunes filles âgée de 40 ans a de « grosses jambes » ayant débuté au même âge, de la même façon. Cet œdème occupe actuellement les deux jambes seulement.

Le frère d'Arm... et de Fel... est un garçon de 13 ans chez qui depuis quelques mois sont apparus les premiers symptômes de la même maladie.

Le pied, le cou-de-pied, et la moitié inférieure de la jambe du côté droit, sont le siège d'une enflure qui va croissant.

Arm... et Fel... avaient deux oncles du côté maternel, l'un est mort à 25 ans, il avait les deux membres inférieurs atteints de cet œdème. L'autre mort à 26 ans présentait un œdème au niveau des deux jambes. La grand'mère maternelle de Fel... et Arm... est âgée de 60 ans, elle a deux « grosses jambes ». L'arrière grand-père paternel de Fel... avait de « grosses jambes ».

Henry MEIGS conclut : Il existerait une affection œdémateuse héréditaire et familiale capable d'envahir progressivement de bas en haut les membres inférieurs, tantôt un seul, tantôt les deux à la fois, s'arrêtant au genou ou à la racine de la cuisse, affection indolore apyrétique, chronique et permanente, qui n'entraîne aucun trouble de la santé générale et peut même persister jusqu'à un âge avancé.

OBSERVATION de MILROY (*New-York, Méd. Journ.*, 5 nov. 1892).

RÉSUMÉ. — Trophœdème familial. — H..., Curé, 31 ans.

Toujours bien portant, rien de pathologique du côté des viscères thoraciques, abdominaux. Est atteint d'un œdème qui occupe les deux pieds et les deux jambes jusqu'aux genoux ; plus prononcé du côté gauche. La coloration générale en est rosée. Des taches blanches de la grosseur d'un pois sont parsemées sur toute la surface des jambes.

Le sujet s'est toujours connu ainsi. Une énergique pression au niveau de la crête du tibia produit nettement un godet. L'affection est congénitale, dit le malade. Il n'en a jamais éprouvé aucune douleur, ni aucune gêne pour la marche. Il n'y a jamais eu aucune tendance ulcéraire. La tuméfaction est plus considérable après une station debout prolongée. A la suite d'une enquête approfondie sur la généalogie du malade, il est possible d'établir que sur les 79 per-

sonnes qui composèrent sa famille, il existait ou avait existé 22 exemples d'une difformité identique.

OBSERVATION de HERTOEGHE (Anvers). *Contribution à l'étude du trophœdème chronique.* — *Nouv. Iconographie de la Salpêtrière, Année 1901, p. 96.*

OBSERVATION I

RÉSUMÉ. — Louis V... A l'âge de 4 ans fait une rougeole grave. Pendant la convalescence le mollet a commencé à gonfler, puis la cuisse. La tuméfaction s'est ensuite étendue au pied. Le membre inférieur est considérablement plus volumineux que le gauche et est le siège d'un œdème blanc, dur, indolore.

De temps en temps le membre inférieur subit une poussée d'accroissement. La peau s'éraille, il se fait un abondant écoulement de lymphes pendant plusieurs jours. Cet œdème n'a aucun caractère héréditaire. Il existe des troubles trophiques : décoloration en zone des cheveux, taches pigmentaires vineuses.

OBSERVATION II

RÉSUMÉ. — Madame C..., 52 ans. Il y a trois ans à la suite d'une chute sur le siège a vu se développer et grossir le membre inférieur gauche. Actuellement le mollet a 40 cm. de tour, l'œdème remonte jusqu'à la hanche ; il est indolore, assez dépressible au doigt, plus dépressible que le trophœdème précédent.

Cuisse gauche	0 m. 58	Cuisse droite	0 m. 47
Genou gauche	0 m. 43	Genou droit	0 m. 35
Mollet gauche	0 m. 40	Mollet droit	0 m. 31

Dans ces deux observations, HERTOEGHE trouve des signes généraux de relations entre l'appauvrissement thyroïdien et le trophœdème.

OBSERVATION de RAPIN. — *Nouv. iconographie de la Salpêtrière.* — Année 1901, p. 474.

RÉSUMÉ. — Alice F..., née le 11 juin 1894. A 20 mois après un épisode fébrile d'une dizaine de jours, enflure brutale en une nuit du bras droit ; les tissus sont enflés, tendus, la peau bleuâtre, vio-

lacée mais il n'existe pas d'adénopathie. Pas de cause apparente de compression. Il n'y a pas de traînées rouges vasculaires.

Ces manifestations persistent une huitaine de jours, puis le bras paraît avoir repris son volume normal.

En 1897 (l'enfant avait 3 ans), la mère remarqua que le membre inférieur gauche paraissait plus volumineux que le droit.

La cuisse du membre affecté mesure 10 cm. de plus que celle du côté sain, le genou 3 cm., le mollet 7 cm. En haut l'augmentation de volume ne dépasse pas la cuisse. Les organes génitaux externes sont indemnes. Le bras droit continue à être plus volumineux que le gauche, le squelette est intact. En résumé : « Le bras droit est hypertrophié, cette augmentation de volume paraît due à une doubleur de la peau constituée par un épaississement du pannicule graisseux. Le membre inférieur gauche, aux téguments fermes, consistants, donne l'impression d'une masse plastique résistante dont l'hypertrophie considérable ne saurait être attribuée qu'à une prolifération exagérée des tissus conjonctifs ».

Pour RAPIN, cet œdème relèverait d'une polymélite antérieure aiguë.

OBSERVATION de SOUQUES. — *Un cas d'éléphantiasis nostras névrotique symétrique du pied de la jambe, consécutif à des poussées d'œdème.* (Nouvelle iconographie de la Salpêtrière, 1890, III, SOUQUES).

RÉSUMÉ. — Mathilde B..., 50 ans, chemisière.

Pas d'antécédents caractéristiques, ni héréditaires, ni personnels. A 30 ans, un jour qu'elle avait beaucoup marché, elle fut prise de vives douleurs dans le pied droit ; il enfla et resta ainsi durant trois mois, sans inflammation ni rougeurs.

Depuis, elle a présenté de nouvelles douleurs.

Trois ans après, apparition d'une sciatique double et nouvel œdème des pieds. Œdème blanc, douloureux, sans adénopathie.

Cet œdème dure deux mois et six ans après, violentes douleurs dans les deux pieds et vagues douleurs rhumatismales aux poignets et aux épaules. Depuis ce temps le pied est resté œdématié et cet œdème ne fait qu'augmenter chaque jour. Actuellement, il existe une augmentation de volume et une déformation des pieds et de la moitié inférieure des jambes ; il existe des lésions bilatérales symétriques et parfaitement localisées.

Sur la face dorsale du pied on constate une saillie énorme surplombant le bord externe. La tumeur est bien circonscrite à sa base d'implantation et est séparée en haut du cou-de-pied par un sillon profond répondant à l'articulation tibio-tarsienne.

La jambe et le cou-de-pied forment une série de bosselures.

La tuméfaction intéresse les mollets et immédiatement au-dessus va en s'étendant peu à peu sans atteindre le genou qui est tout à fait normal.

Au niveau des régions hypertrophiées, la peau est lisse, mince, sèche, glabre, de coloration normale.

La moindre pression est douloureuse, la consistance est ferme, le doigt imprime un godet qui est lent à disparaître. Il n'y a pas de réseau veineux superficiel, pas de varices, pas de cordons ni de dilatations lymphatiques, pas de troubles trophiques ; l'impotence est absolue.

Au niveau du membre inférieur gauche, les lésions sont un peu moins accentuées et sont semblables à celles des autres membres.

L'état général est excellent ; les viscères sont normaux.

On ne constate aucune trace d'inflammation ancienne, ni d'ulcérations aux membres. Au niveau des régions œdématisées, il existe une douleur excessive à la pression.

L'examen est négatif au point de vue de la filariose. Il n'existe rien dans les urines, ni sucre, ni albumine.

OBSERVATION GAILLIARD et BAUFLE (*Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1911, T. 31, p. 437).

RÉSUMÉ. — Malade âgé de 38 ans. En mars 1909, il présente un hydropneumothorax tuberculeux. En décembre 1909 gonflement de la région interne du genou gauche. En juin 1910, le malade est porteur d'une tuméfaction énorme du genou gauche avec œdème de la totalité du membre inférieur du même côté, surtout marqué à la jambe. Cet œdème, indolent, dur, est limité aux parties molles. Pas de signes articulaires, ni hydarthrose, ni craquement. La flexion du genou se fait normalement, la radiographie montre un squelette indemne. Il n'y a donc pas de tumeur blanche. Aucun signe de tabès, ni de lésion des centres nerveux.

La tuméfaction s'accroît quand le malade marche. Il n'existe pas d'hypertrophie ganglionnaire notable. Le malade présente au niveau de la région inguinale une cicatrice de 4 cm. de longueur environ. Interrogé à ce sujet, il nous apprend qu'il a eu en ce point une adénite inguinale suppurée qui a nécessité une incision, ceci vers l'âge de 3 ans. On pouvait se demander s'il n'existait pas à ce niveau une cicatrice profonde comprimant soit la veine fémorale, soit les troncs lymphatiques afférents du membre inférieur et déterminant ainsi un œdème chronique par gêne de la circulation de retour.

Pour nous rendre compte de la présence possible d'un obstacle à ce niveau, nous avons fait à ce patient une injection de bleu de méthylène dans le tissu cellulaire sous-cutané du mollet, d'abord du côté malade, puis le lendemain du côté sain. Nous avons constaté

que dans les deux cas, l'élimination du bleu commençait une demi-heure après l'injection et était complète en 7 heures environ. Les deux courbes d'élimination sont identiques. Il ne semble donc pas qu'il y ait de modifications appréciables de la circulation du côté malade. D'ailleurs l'œdème n'existait en aucune manière à l'époque où nous avons soigné le malade pour son hydro-pneumothorax.

OBSERVATION DEBOVE. — *Œdème segmentaire*. — *Soc. Méd. des Hôp.*, 15 octobre 1897.

RÉSUMÉ. — *Emilie D...* Agée de 22 ans, bien portante jusqu'à l'âge de 21 ans, a vu apparaître à cette époque une tuméfaction se manifestant vers le genou droit et envahissant le mollet, la cuisse, et la jambe droite. Cinq mois après, le membre inférieur gauche se tuméfiait à son tour. Actuellement l'œdème occupe les deux membres inférieurs, il est segmentaire en ce sens qu'il est incomparablement moins accentué au creux poplité et au cou-de-pied ; l'œdème du pied est limité à sa face dorsale. La peau ne présente aucune altération spéciale, elle est lisse et fine. Piquée elle laisse écouler une certaine quantité de sérosité, la motilité est intacte. La malade a un rétrécissement mitral, mais n'a aucun signe d'asystolie. Pas d'albumine dans les urines.

OBSERVATION I. — MATHIEU. — *Pseudo éléphantiasis des membres inférieurs* (*Gaz des Hôp.*, 1880, p. 721).

RÉSUMÉ. — Dame de 65 ans, atteinte depuis trois ans de violentes douleurs occupant la région lombaire, le trajet des deux sciatiques, et diffusant à la surface des membres inférieurs ; ces douleurs procèdent par crises. Rhumatisme chronique déformant la colonne vertébrale, d'après l'auteur, et siégeant au niveau des dernières vertèbres dorsales, et des premières lombaires. La région déformée est convexe en arrière. Ce rhumatisme serait la cause de la sciatique double.

Les membres inférieurs offrent les déformations suivantes : Au-dessus des malléoles, surtout à droite, demi-manchon œdémateux qui embrasse la moitié externe de la jambe dans son tiers inférieur. Ce manchon va en s'atténuant du côté de la partie supérieure de la jambe. Il n'existe qu'en dehors et en avant. Il est élastique, résistant, le doigt ne peut y imprimer de godet. Ce manchon est nettement séparé du pied. Ce dernier offre un œdème mou, maximum à la région dorsale et qui augmente à la station debout. Des varicosités capillaires existent à la surface des jambes. Quatre volumineux lipomes symétriques, diffus, étalés, offrant les dimensions d'une tête de fœtus aplatie, occupent les régions trochantériennes et la face interne et inférieure des cuisses.

Ils sont apparus depuis un an.

OBSERVATION II. — MATHIEU. — *Sur une forme particulière d'œdème névropathique.* — *Ann. de dermatologie et de syphiligraphie.* Janvier 1893.

RÉSUMÉ. — Femme de 58 ans. Obèse, arthritique, sujette à la lithiase biliaire et à l'eczéma. Cette femme atteinte de sciatique avec douleurs rhumatoïdes des membres inférieurs, présentait un œdème symétrique des jambes. L'œdème était dur, très résistant, douloureux à la pression, rappelant certains éléphantiasis nostras, en ce qu'il se terminait brusquement par un bourrelet au niveau des chevilles, sans envahir les pieds. Cependant à la suite de la marche, le dos des pieds se tuméfiait également, mais l'œdème qui surveillait alors était mou, dépressible au doigt et nullement douloureux. La pression au point d'émergence et sur le trajet des sciaticques était douloureuse. Aucun trouble de la sensibilité. Rien d'anormal dans les organes du bassin. La malade était artério-scléreuse.

OBSERVATION I. — FOLLET. (*Thèse*, 1895, Paris). — *Éléphantiasis névropathique consécutif à des poussées d'œdème angio-neurotique.*

RÉSUMÉ. — Malade âgée de 42 ans. Pas d'antécédents collatéraux. Sujette à des faiblesses, perte de connaissance. Il y a 16 ans apparition de violentes névralgies cervicales ; en même temps les deux jambes augmentent de volume, les pieds conservent leur aspect normal. Douleurs irradiées à la face externe des hanches et des cuisses jusqu'au genou. L'œdème en question gardait l'empreinte du doigt. Puis l'œdème disparut. Mais quelques mois après, il réapparut, puis s'atténua sans disparaître complètement. Il augmenta de nouveau considérablement ensuite sous l'influence d'une troisième poussée. Le tout en l'espace de deux ans. Les douleurs lombaires persistaient mais très atténuées et supportables. La troisième poussée d'œdème fut suivie d'une persistance de la tuméfaction qui s'accrut à la jambe droite, le pied gardant son volume normal. Tuméfaction rebelle qui résista à tout traitement. A l'examen (18 mars 1895) jambe droite énorme, d'aspect éléphantiasique. Œdème dur sans végétation, ni dilatation vasculaire, commençant au niveau de la cheville, formant à ce point un bourrelet de type « pantalon de zouave », pied absolument normal. L'œdème remonte en arrière jusqu'au niveau du pli fessier, en avant jusqu'à la partie moyenne de la cuisse ; en cette région et sur le ventre il existe des vergetures. La malade avait le ventre volumineux. Pas de grossesse antérieure ; quelques ganglions dans l'aîne. Par ailleurs il existe un œdème dur, mais peu accentué du membre inférieur gauche, remontant jusqu'au genou. Le traitement par la compression ouatée a donné peu de résultats.

OBSERVATION II. — FOLLET. — *Œdème névropathique, tendance à la chronicité et à l'éléphantiasis.* (Thèse de Paris, 1895).

RÉSUMÉ. — DEL... Jacques, né à Bom (Hollande), 32 ans. Antécédents : Père rhumatisant, pas d'antécédent personnel spécial, sauf le typhus à 18 ans. Vers l'âge de 29 ans, comence à éprouver dans la région antéro-externe de la jambe droite des douleurs comparées à des crampes, accompagnées de douleurs des régions lombaire et interscapulaire, surtout à droite. Ce sont des douleurs névralgiques survenant par crises, de 3 ou 4 heures de durée (une à trois par semaine) notablement accrues par les changements de temps et par l'humidité.

A 30 ans, le malade voit apparaître en une nuit à la jambe droite, une tuméfaction considérable. La veille, il avait fait une longue marche et s'était couché les pieds fatigués. Cette tuméfaction occupait le pied et la jambe, et conservait l'empreinte du doigt. Elle dura 4 semaines, sans rougeur ni tension de la peau. Mais les douleurs névralgiques furent plus vives. Pas de phlébite, pas de varices. Depuis cette époque, chaque fois que cet homme marche longtemps la jambe s'œdématie et les douleurs s'exacerbent. Depuis 7 semaines l'enflure n'a pas rétrocedé. Il se présente à l'hôpital avec les lésions suivantes : œdème indolent à la pression, gardant l'empreinte du doigt, cet œdème a déformé la jambe qui s'évase à la cheville. Le dos du pied est œdématié, les dépressions périmalléolaires effacées, la peau est violacée. Pas de cryesthésie, la température locale est normale. La sensibilité est intacte.

MENSURATIONS

Circonférence	jambe droite	jambe gauche normale
Sous-malléolaire	32 cm.	27 cm.
Au gras du mollet	29 cm.	23 cm.
Au tiers supérieur de la jambe	34 cm.	32 cm.
Cou-de-pied	28 cm.	26 cm.
Racine des orteils	25 cm.	23 cm.

Par ailleurs, l'examen général ne montre rien d'anormal. Le traitement par la compression ouatée et les bandages caoutchoutés a déterminé une amélioration mais il persiste une infiltration sous-cutanée irréductible.

OBSERVATION VIGOUROUX. — *Oedème dystrophique du membre inférieur gauche.*

RÉSUMÉ. — Jeune femme âgée de 22 ans. A l'âge de 13 ans la jambe gauche est devenue plus grosse que l'autre. Mais elle ne souffre pas ; c'est en voulant mettre son soulier qu'elle fit cette remarque.

Depuis, l'œdème d'abord moins dur s'est accentué et a envahi tout le membre, depuis la racine de la cuisse jusqu'aux orteils ; œdème blanc, dur et indolore. Il y a 10 cm. de différence entre les mensurations du côté pathologique et celles du côté sain. La sensibilité est intacte, de même que la motilité. La démarche est normale. Ni antécédents personnels, ni antécédents familiaux.

OBSERVATION DESNOS. — *Pseudo éléphantiasis rhumatismal — Poussées d'œdème.* — (Soc. des Hôp., 13 février 1891).

RÉSUMÉ. — Femme de 63 ans. Il y a 5 ans rhumatismes généralisés qui durent un an, avec œdème des jambes et apparition de pseudo-lipome sus-claviculaire douloureux aujourd'hui disparu. Nouveau rhumatisme il y a un an, qui dure 6 mois, et qui oblige la malade à entrer à l'hôpital. C'est une infirme dont les articulations déformées ne peuvent fonctionner sans de vives douleurs. Les jambes et les genoux sont très œdématiés, ainsi que les pieds. Oedème dur, plus marqué à droite, ne gardant pas l'empreinte du doigt. Peau jaune, pâle, unie, œdème ne ressemblant en rien à celui des cardiaques ou des brightiques, inégalement réparti ; les deux jambes sont tuméfiées dans leur totalité ; elles offrent un gonflement plus marqué en trois points déterminés : 1° Au niveau de l'interligne tibio-tarsien il existe une tuméfaction en bourrelet circulaire de 3 cm. de hauteur ; 2° Ce bourrelet est séparé d'un second placé au-dessus de lui par un sillon et ce second bourrelet remonte jusqu'à 11 cm. au-dessus de la malléole interne ; 3° les tissus péri articulaires du genou sont épaissis. Au niveau du cul-de-sac bicipital la peau présente un relief très marqué, comme s'il y avait dans la synoviale du genou une grande quantité de liquide, alors qu'il en existe à peine. La cuisse est volumineuse mais non œdématiée. A part la douleur spontanée, la sensibilité est intacte dans ses différents modes. Il existe quelques nodosités rhumatismales au niveau de l'olécrane. Cœur normal. Les urines ne contiennent pas d'albumine ; 500 gr. sont émises par jour.

Le professeur POTAIN diagnostique un œdème rhumatismal. Traitement par les boues sulfatées de Dax. Amélioration mais non guérison.

B) TROPHOÈDÈME DES MEMBRES SUPÉRIEURS

Cette localisation est beaucoup moins fréquente que la localisation précédente, néanmoins, on en relève quelques cas dans la littérature ; nous en citons un, à titre documentaire.

OBSERVATION LOURIER, (*Thèse Paris, 1897*). *Etude sur l'œdème névropathique éléphantiasique.*

RÉSUMÉ. — Mlle B... Julie, 30 ans. A l'âge de 24 ans, un œdème a envahi brusquement le membre supérieur droit et s'est limité à ce segment. Cet œdème a commencé par le coude et s'est étendu du coude à la partie inférieure de l'avant-bras et à la main ; depuis lors, l'enflure s'est étendue à la partie supérieure du bras et au moignon de l'épaule sans le dépasser. C'est un œdème assez dur, la peau est blanche. Sur cet œdème sont apparues des plaies superficielles qui se cicatrisent en 3 ou 4 jours. Pas d'adénopathie, pas de trouble de la sensibilité cutanée ; dans ses antécédents la malade aurait eu des « attaques nerveuses ».

C) TROPHOÈDÈME DE LA FACE

OBSERVATION HALLOPEAU. — *Aspect éléphantiasique. Œdème chronique névropathique. Soc. dermat., 1892.*

RÉSUMÉ. — M..., 23 ans, couturière, père tuberculeux. Antécédents personnels : réglée à 14 ans ; fièvre typhoïde à 16 ans ; laisse à sa suite un œdème léger qui mit deux ans à disparaître. Depuis cette époque chaque année, apparition d'une poussée d'urticaire, qui dure une dizaine de jours et dont la disparition s'accompagne d'épistaxis.

Depuis 15 mois chaque poussée est suivie d'un œdème persistant ; qui s'exagère chaque fois, et qui occupe surtout la face. Ces paroxysmes surviennent d'une façon très irrégulière et s'accompagnent d'une vague douleur à la région frontale. La tuméfaction faciale intéresse le front, les tempes, les paupières, surtout les inférieures, sa limite déclive est marquée par un bourrelet saillant identique à celui d'un érysipèle et qui va en s'atténuant vers le nez en dedans, la région malaire en dehors. Au niveau des parties envahies, la peau est pigmentée en brun jaunâtre. Le doigt y laisse une légère empreinte. La tuméfaction porte sur d'autres régions du corps et en particulier sur les extrémités ; le tissu sous-cutané y est très épaissi,

rénitent, et ne conserve qu'assez difficilement l'empreinte du doigt. Souffle vasculaire anémique. Muqueuses et viscères normaux. Pas d'albuminurie ni de glycosurie. Il ne s'agit pas de myxœdème (HALLOPEAU).

Le 20 novembre, éruption urticarienne éphémère, sur la cuisse gauche et la moitié correspondante de la paroi abdominale.

La tuméfaction s'exagère du côté de la face. Traitement suivi avec persévérance mais complètement inefficace par les injections de suc thyroïdien.

OBSERVATION HERTOGHE. — *Oedème de la face. — Contribution à l'étude du trophœdème chronique. — Nouv. icon. de la Salpêtrière. Année 1901.*

RÉSUMÉ. — Marie R..., 21 ans. Depuis sa naissance la malade avait la joue droite plus grosse que la gauche, uniformément ferme sans être dure ; l'œdème n'est ni douloureux ni dépressible. La joue ne présente aucune nodosité ; la langue n'est pas hypertrophiée ; le rhinopharynx est pratiquement normal. Les os de la face ne participent pas à l'hypertrophie. Aucune hyperesthésie ni anesthésie en aucun point du corps.

D) TROPHOEDÈME ET SPINA BIFIDA OCCULTA

LÉRI a signalé un certain nombre de cas de trophœdèmes associés à l'existence d'un spina bifida occulta. En voici quelques observations :

OBSERVATION LÉRI et NOËL PÉRON. — *Le syndrome trophœdème, trophœdème nerveux, trophœdème lymphatique. Soc. Méd. des Hôp., 28 déc. 1923.*

RÉSUMÉ. — Femme de 42 ans. OEdème datant de 3 ans occupant le pied, la jambe, et la partie inférieure de la cuisse et n'étant pas considérable puisque la différence de circonférence entre les deux membres ne dépasse pas 4 cm. Cette malade présente un spina bifida occulta caractérisé par un hiatus inférieur du sacrum ouvert en U renversé depuis le coccyx jusqu'à S 2 S 3. En outre, au niveau de la première pièce sacrée, l'arc postérieur n'est pas soudé et il subsiste un espace largement ouvert de plus de 1 cm. 1/2. Le sacrum n'est donc fermé qu'au niveau de S 2 et de la partie supérieure de S 3. Il est ouvert sur tout le reste de sa hauteur. L'intervention montra qu'il existait au niveau de la queue de cheval des lésions très manifestes, mais très différentes, de la bride transversale qui est trouvée généra-

lement. Le cul-de-sac dural ne descend guère que jusqu'à la partie inférieure de la première sacrée.

Il a un aspect épaissi, blanchâtre et comme légèrement sclérosé. Son extrémité inférieure est dirigée vers la droite. De son côté droit partent des nerfs volumineux. De son côté gauche, près de son extrémité part également un nerf volumineux qui ne se rend pas à gauche mais bien à droite. Plus haut seulement sur le côté gauche de la méninge, partent des filets nerveux qui se dirigent vers les trous sacrés gauches. Mais alors que les nerfs de droite sont gros et épais, ceux de gauche, c'est-à-dire ceux qui innervent le membre malade, sont grêles, minuscules, d'un volume au moins moitié moindre que ceux du côté opposé. L'ouverture sacrée est excessive mais on la voit fréquemment ainsi sans aucun trouble concomitant ; il existe par contre des lésions profondes portant sur le cul-de-sac dural et surtout sur les nerfs de la queue de cheval.

L'œdème trophique du membre inférieur gauche paraît ainsi bien nettement en rapport avec une innervation tout à fait déficiente de ce membre. LERI conclut en disant : « La démonstration est donc faite que le trophœdème et le spina bifida ne coexistent pas par le fait d'une simple coïncidence, mais qu'il y a entre eux une relation de cause à effet, par l'intermédiaire des lésions méningo radiculaires et peut-être médullaires qui sont généralement à l'origine du rachischisis et qui peuvent persister jusque chez l'adulte.

OBSERVATION II. LERI. — *Trophœdème et spina bifida occulta.*
Soc. Méd. des Hôp., 30 juillet 1920.

RÉSUMÉ. — Mlle B... présente une hypertrophie considérable de tout le membre inférieur droit. Le membre dans son entier est de coloration normale un peu violacée le soir quand la malade a un peu marché. Etant enfant, la malade avait les deux jambes absolument normales, et de dimensions égales. C'est à partir de l'âge de 13 ans que l'augmentation de volume apparut. Pas d'affection analogue dans la famille. Il existe chez cette malade un spina bifida occulta caractérisé par l'absence de soudure des trois derniers segments osseux du sacrum.

OBSERVATION III. LERI. — *Nouveau cas de trophœdème avec sacrum bifidum.* *Soc. Méd. des Hôp.*, 29 octobre 1921.

RÉSUMÉ. — Mlle B... J., 26 ans. A l'âge de 20 ans elle constate que son pied et sa cheville gauche augmentent de volume. Puis le membre inférieur gauche présente un aspect typique de trophœdème. Il existe un sacrum bifidum au-dessous de S₁.

OBSERVATION IV. LERI. — *Trophœdème avec ébauche de spina bifida et adénopathie lombo-aortique (Obstacle ganglionnaire)*. Soc. Méd. des Hôp., 28 déc. 1923.

RÉSUMÉ. — Femme de 48 ans. Depuis l'âge de 35 ans son pied et sa jambe gauche enflent progressivement. Jamais d'inflammation de la peau. Mariée en 1914, a eu un enfant en 1917. Croit que c'est pendant sa grossesse que l'œdème a envahi la cuisse.

A l'examen le membre inférieur gauche est considérablement augmenté de volume, puisque, par comparaison avec le côté droit, la circonférence atteint 12 cm. de plus au niveau du mollet, jusqu'à 20 cm. un peu au-dessus de la rotule, 15 cm. au milieu de la cuisse et encore 9 cm. à son extrémité toute supérieure. La fesse gauche participe très légèrement à l'hypertrophie. La peau du membre malade est un peu plus cyanotique que celle du membre opposé, les pores en sont un peu plus marqués, mais elle n'est qu'à peine épaissie et nullement enflammée. L'œdème est dur, résistant, le doigt ne détermine que difficilement un léger godet. L'aspect n'a donc rien du membre éléphantiasique (opinion de l'auteur) et c'est ce qu'ont bien voulu nous confirmer les dermatologistes les plus compétents comme DARIER et QUEYRAT ; d'ailleurs le pied est à l'heure actuelle remarquablement indemne, et c'est au-dessus de la cheville que la jambe se dilate brusquement en bourrelet circulaire à la façon d'une culotte de zouave. L'intégrité du pied est tout à fait opposée à ce qu'on sait de l'éléphantiasis (Ceci est l'opinion de LERI. On sait qu'elle est en opposition formelle avec l'avis de nombreux auteurs coloniaux en particulier ROMITI qui a publié des documents anatomopathologiques remarquables sur la question). Elle est parfois dans le cadre du trophœdème. L'examen de la radiographie du sacrum montre une légère anomalie du premier segment sacré ; les deux moitiés de l'arc postérieur, incomplètement soudées au reste de la paroi postérieure du canal sacré, ne sont pas tout à fait sur le même plan. Elles viennent cependant au contact l'une de l'autre mais semblent s'imbriquer plutôt peut-être que se souder. Il y a là en somme une légère anomalie, une ébauche de spina bifida, et on pourrait croire que le trophœdème est en rapport avec cette malformation. Il n'en est rien ; deux constatations au moins nous permettent de rapporter le trophœdème à une toute autre cause. Tout d'abord, depuis un an et demi environ, le membre supérieur gauche a été atteint à son tour, de sorte que l'œdème a pris une distribution hémiplegique qui, pour le dire en passant, n'est pas non plus dans le cadre habituel de l'éléphantiasis (opinion purement personnelle de l'auteur) mais a été observé dans un certain nombre de cas de trophœdème. Aux membres supérieurs, l'œdème qui a débuté à la main et à l'avant-bras, remonte maintenant jusqu'à la partie supérieure du

bras. La différence de circonférence entre les deux membres supérieurs est de 2 cm. $1/2$ à la main, de 8 cm. au milieu de l'avant-bras, de 6 cm. au milieu du bras et de 2 cm. au niveau de l'aisselle. Le cou et la nuque ont d'ailleurs été enflés aussi, mais passagèrement. L'œdème a le même caractère aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs : Il est dur, tendu, le doigt n'y détermine que difficilement un godet, et la peau est lisse, nullement enflammée ni ulcérée. En outre, la radiographie montre autre chose, et c'est ce qui nous permet de faire le diagnostic causal. On voit en effet sur les épreuves une quantité de taches noirâtres, irrégulières, qui sont disposées systématiquement au niveau de toutes les masses ganglionnaires du tronc et qui représentent certainement d'innombrables ganglions calcifiés. Ces ganglions calciques se retrouvent au niveau des aines, dans le petit bassin, le long des vaisseaux iliaques et le long de la colonne vertébrale. Ce sont les groupes ganglionnaires inguinaux, hypogastriques, iliaques externes, et lombo-aortique, Plus haut, on retrouve des traînées analogues qui n'étaient pas pour nous surprendre dans une lésion aussi ancienne.

Mais nous avons constaté que les ganglions étaient entièrement modifiés : les follicules étaient transformés en masses amorphes, bleutées à l'hématoxyline par le reliquat de sels calcaires, mais entièrement dépourvues de noyaux et entièrement incrustées d'innombrables concrétions calcaires, vidées de leur contenu par la décalcification.

Ces follicules rétrécis étaient enserrés de tissus fibreux, denses, considérablement hyperplasiés et en partie infiltrés aussi de sels calcaires. C'était l'image qu'on est accoutumé à voir parfois sur de vieux ganglions tuberculeux crétifiés. Les antécédents de la malade étaient d'ailleurs tout à fait en faveur de la tuberculose. Son père mourut 15 jours après sa naissance « d'un chaud et froid » avec de « grandes fièvres ». Sa mère était atteinte lors de sa naissance d'une bronchite chronique en pleine évolution, mais à laquelle elle résista plus de 30 ans. La malade elle-même fut dès son enfance fort délicate, difficile à élever, et lors de son adolescence, très anémique et souvent fébrile.

A 16 ans et à 17 ans, elle eut dans chaque aisselle des paquets ganglionnaires qui s'abcédèrent et qu'il fallut enlever. Il paraît donc peu contestable que la malade fût atteinte par la bacilliose et tout spécialement dans son système ganglionnaire, au niveau des bronches et de la trachée dans la région sus et sous-claviculaire et des deux côtés du cou. On peut dire que presque tous les ganglions de l'économie sont calcifiés. Sous le doigt on n'en sent pourtant rouler que deux ou trois au niveau de l'aîne et au niveau du cou ; on ne se douterait pas de l'importance énorme des lésions ganglionnaires que la radiographie nous révèle.

A première vue, il semble qu'il ne puisse guère s'agir que de la crétification de ganglions tuberculeux. Ni la syphilis, ni la lymphadénie ne déterminent une crétification analogue. D'ailleurs la malade ne présente aucun signe de spécificité ; elle n'a pas fait de fausses couches ; elle a une petite fille de 6 ans 1/2 très bien portante, sa réaction de Wassermann est négative. D'autre part, sa formule sanguine est tout à fait normale, avec des globules rouges abondants à 5.800.000. Elle a 5.000 globules blancs dont 60 % de polynucléaires, 30 de mononucléaires, 14 de lymphocytes.

Nous avons fait la biopsie de deux ganglions, l'un inguinal, l'autre cervical.

Nous avons extrait des masses calcifiées extrêmement dures qui ont nécessité une longue décalcification. Sur les coupes nous n'avons pas trouvé de bacilles de KOCH, il est vrai, non plus que des parasites quelconques ; il semble bien peu discutable que les lésions ganglionnaires aient été la cause du trophœdème et que celui-ci soit dû à l'obstruction lymphatique au niveau des ganglions. Ainsi s'explique l'évolution progressive, au membre inférieur gauche, puis au membre supérieur gauche. On s'explique aussi que ce soit presque sans aucun succès, sauf une atténuation transitoire de l'œdème pendant un ou deux mois que WALTHER ait appliqué chez elle sa méthode de drainage sus-aponévrotique entre la cuisse et l'abdomen. La malade a encore en place le drain qui lui a été appliqué en 1918. Il ne l'a jamais gêné ; mais il n'a pas fait comme on le voit, diminuer l'œdème. En effet, si ce procédé fort ingénieux peut donner d'excellents résultats, dans les œdèmes dus à l'obstruction des ganglions inguinaux, il ne peut guère en donner quand l'obstacle s'étend à tous les ganglions de l'économie, et notamment aux chaînes iliaques et abdominales. Cette observation prouve donc qu'il existe des trophœdèmes qui, cliniquement du moins, ne diffèrent pas des trophœdèmes d'origine nerveuse (trophœdèmes proprement dits, au sens étymologique du mot) mais qui sont dus à un obstacle ganglionnaire.

ANATOMO-PATHOLOGIE DU TROPHOEDÈME

Dans quel cadre se place le trophœdème, au point de vue anatomo-pathologique ? Ce n'est que depuis quelques années qu'on peut répondre à cette question. Les sympathectomies périartérielles, les opérations de drainage, types KONDOLEON, qu'on a pratiquées sur ces malades, par analogie avec ce qu'on faisait dans les cas d'éléphantiasis, ont permis de répondre à cette question.

Le trophœdème est d'abord un simple œdème qui devient chronique. Ultérieurement, il réalise un éléphantiasis typique caractérisé par l'association d'œdème chronique et de fibrose.

La localisation est purement superficielle, comme dans l'éléphantiasis tropical ou arabum, c'est-à-dire que seuls sont intéressés par le processus de fibrose : la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et l'aponévrose superficielle d'enveloppe du membre. Les muscles, les espaces inter-musculaires, les gros vaisseaux profonds, artériels, veineux et lymphatiques sont indemnes.

CARACTÈRES HISTOLOGIQUES DU TROPHOEDÈME

OBSERVATION inédite (Docteurs DE GAUDART D'ALLAINES et BRIDOT). — *Examen histologique pratiqué par les Docteurs GRICOUROFF et STEWART.*

Mme LEM...

1) *Epiderme.* — La couche cornée, très épaissie, est détachée de l'épiderme dans la presque totalité du corps muqueux. Cette couche cornée d'aspect feuilleté ne présente nulle part d'image de parakératose.

La couche granuleuse est normale dans son ensemble. Par place, elle paraît manquer. Le corps muqueux de Malpighi est d'épaisseur très inégale suivant les endroits, tantôt aminci, tantôt épaissi et présentant par places des images d'acanthose.

La basale est normale.

Les annexes épidermiques (poils, follicules pileux) ne sont pas très nombreux sur la coupe et sont normaux.

2) *Derme.* — Le derme papillaire est normal, on y rencontre de très rares vaisseaux, sans images inflammatoires.

Le derme profond est très épaissi et est parcouru par de longues bandes de tissu collagène.

Les vaisseaux qu'on y rencontre ne paraissent pas altérés.

A leur pourtour il n'existe pas d'images inflammatoires.

3) *Tissu cellulo-grasieux.* — Il est normal dans son ensemble, mais est œdématié (pas de réaction cellulaire).

4) *Echantillon d'aponévrose superficielle prélevée.* — Fortement épaissie et sclérosée.

5) *Echantillon de la veine saphène prélevée au niveau de la jambe.* — Est fortement épaissie et sclérosée.

Nous retrouvons là, les caractères d'ensemble des lésions éléphantiasiques.

Il nous paraît donc y avoir similitude entre le trophœdème et les éléphantiasis.

2^e PARTIE

ETUDE PATHOGENIQUE

Pathogénie de l'éléphantiasis

Comme nous l'avons dit au début de ce travail, les auteurs classiques distinguèrent l'éléphantiasis tropical de l'éléphantiasis nostras, en se basant sur des arguments étiologiques.

Ils opposaient l'éléphantiasis tropical d'origine filarienne, à l'éléphantiasis nostras d'origine infectieuse ; actuellement, il ne reste plus rien de cette distinction, l'éléphantiasis est d'origine infectieuse.

Nous allons passer en revue les différentes théories qui furent successivement proposées pour expliquer l'apparition de l'éléphantiasis.

ROLE DU PALUDISME

Au XIX^e siècle, un certain nombre d'auteurs attribuèrent un rôle au paludisme dans la genèse de l'éléphantiasis ; la fréquence du syndrome dans les pays marécageux, la ressemblance clinique des accès éléphantiasiques et paludéens les avaient frappés ; cependant, on peut opposer rapidement des arguments très simples à cette théorie.

1) L'éléphantiasis est rencontré dans les pays où le paludisme n'existe pas (en Océanie, par exemple) ;

2) D'autre part, dans certains pays où l'éléphantiasis est connu depuis longtemps, le paludisme est d'importation récente (La Réunion, Maurice) ;

3) Les Européens s'impaludent très facilement et cependant, ils ont rarement des éléphantiasis, tandis que c'est l'inverse pour les noirs ;

4) L'accès fébrile éléphantiasique et l'accès paludéen présentent des différences (on trouve des hématozoaires dans le sang des paludéens) ; bref, cette théorie de l'origine paludéenne de l'éléphantiasis ne résiste pas à une étude critique quelque peu sérieuse des faits ; beaucoup plus séduisante fut la théorie filarienne de Patrick MANSON qui resta longtemps classique

THÉORIE FILARIENNE

(DUTROULEAU, CORRE, Patrick MANSON)

Cette théorie fut admise sans conteste pendant très longtemps, comme l'explication logique de l'éléphantiasis tropical. Elle donnait un rôle essentiel à la filaire de BANCROFT.

LA FILAIRE DE BANCROFT

Biologie de la filaire. La filaire de BANCROFT, parasite vivipare de l'homme, présente comme toutes les filaires, au cours de leur développement, trois stades :

- 1° Stade adulte ;
- 2° Stade embryonnaire ou microfilaire.
- 3° Stade larvaire chez un culex.

Seuls, les deux premiers stades sont rencontrés chez l'être humain.

a) *Stade adulte*. — La filaire de BANCROFT adulte a une longueur de 4 cm. chez le mâle, 8 à 9 cm. chez la femelle ; elle siège en un point quelconque de l'appareil lymphatique et en sort rarement (on l'a trouvée en nombre modéré dans des abcès lymphatiques du bras). (BANCROFT, 1876). On l'a trouvée également dans des hydrocèles du cordon.

b) *Stade embryonnaire*. — La microfilaire de BANCROFT (*microfilaria nocturna*) mesure 300 microns de long ; elle est rencontrée abondamment dans le sang circulant surtout la nuit. Une piqûre au doigt d'un individu infesté peut en faire voir plusieurs spécimens sur un frottis.

c) *Le troisième stade* ne présente pas d'intérêt, au point de vue pathologique pur.

AUTRES FILAIRES

A côté de la filaire de BANCROFT, il faut citer d'autres filaires qu'on a accusées d'être à l'origine de certains éléphantiasis :

Onchocerca volvulus (OUZILLEAU) ; *Filaria Loa* ; *Filaria Perstans*, au Cameroun (ROUSSEAU).

Patrick MANSON explique le rôle de la filaire de BANCROFT par le mécanisme suivant : l'encombrement des lymphatiques par les œufs de la filaire.

La filaire est vivipare, c'est-à-dire que l'œuf subit dans le tube utérin de la femelle, toutes les transformations qui aboutissent à la production des embryons ; ceux-ci émis directement dans l'organisme humain, sous forme de microfilaires, vont circuler librement dans le sang. Mais, à la suite d'un traumatisme ou de toute autre cause pathologique, l'œuf de la filaire peut être conduit jusqu'à pleine maturité, c'est-à-dire jusqu'à la production des embryons, la femelle fait « une fausse couche », suivant l'expression de MANSON et expulse l'œuf. L'œuf est mis en circulation, son volume est beaucoup plus important que celui des microfilaires, aussi est-il dans l'impossibilité de traverser les ganglions lymphatiques (alors que les microfilaires le font aisément). Cet œuf est donc arrêté et constitue une embolie lymphatique. La circulation de la lymphe au-delà des ganglions étant interrompue, l'œdème éléphantiasique va se constituer.

La filaire adulte meurt dès le début de l'éléphantiasis, soit qu'elle succombe au cours d'une poussée de lymphangite, soit que sa mort survienne à la suite de la cause qui l'a fait avorter.

MANSON admet en outre que si les individus atteints d'éléphantiasis présentent moins souvent que les autres des microfilaires dans leur sang, c'est qu'il existe chez eux une obstruction d'une zone étendue du système lymphatique et leur sang ne pouvant recevoir des parasites que d'une portion relativement limitée du système lymphatique, il existe chez eux « une probabilité beaucoup moins grande pour le libre passage des filaires dans le sang ». Telle est la thèse de MANSON.

Sur quels arguments s'appuie-t-il ?

MANSON a trouvé des filaires dans les tissus éléphantiasiques ou dans les ganglions correspondants à la région malade.

D'autres arguments, d'ordre plus général, peuvent être également invoqués.

1° L'éléphantiasis et la filariose sont souvent rencontrés simultanément ;

2° Certains états filariens indiscutables, tel que le lymphoscrotum, conduisent à l'éléphantiasis ;

3° A la suite d'interventions contre un lymphoscrotum, on a pu voir survenir un éléphantiasis des membres ;

4° Des abcès filariens ont été observés sur des régions atteintes d'éléphantiasis ;

5° L'éosinophilie qui existe dans l'éléphantiasis est semblable à l'éosinophilie qui existe dans la filariose (BROCHARD).

Cette théorie fut longtemps classique, mais au fur et à mesure que se précisait l'étude du syndrome éléphantiasique, de nombreuses critiques s'élevèrent.

ARGUMENTS CONTRE LA THÈSE DE PATRICK MANSON

1° La mort des filaires adultes ne se produit qu'exceptionnellement au cours des poussées inflammatoires du lymphoscrotum ou du varicocèle lymphatique. Pourquoi se produirait-elle constamment au cours de l'éléphantiasis.

2° Les œufs de la filaire n'ont pas d'enveloppe ; seule une délicate membrane anhiste les entoure ; dans ces conditions, l'obstruction causée par eux ne saurait être que passagère et les microfilaries devraient pouvoir passer à nouveau dans le sang, à un moment donné, par suite de la destruction des œufs ;

3° Les cas où il est permis d'observer des microfilaries dans le sang, ne peuvent être invoqués pour expliquer l'origine filarienne de l'éléphantiasis, les individus atteints de cette affection, pouvant très bien, à un moment donné de leur existence, contracter la filariose ;

4° Le domaine géographique de la filariose ne concorde pas avec celui de l'éléphantiasis ; dans certaines régions où l'index endémique de la filariose est très élevé, l'Australie par exemple, l'éléphantiasis est inconnu ; inversement dans des régions indemnes de filariose, comme le Maroc, on trouve de nombreux cas d'éléphantiasis ;

5° Il est exceptionnel de trouver des microfilaries à l'examen du sang ou de la lymphe des éléphantiasiques ;

6° Les lésions causées par la filariose ne ressemblent en rien à celles de l'éléphantiasis. Dans la filariose, ce sont essentiellement des lésions lymphatiques, d'endo et périlymphite aboutissant à des varices lymphatiques superficielles ou profondes et aux lymphorragies qui s'ensuivent ; chylurie, ascite chyleuse, chylothorax, etc.

Dans l'éléphantiasis, au contraire, on trouve seulement

de l'épaississement de l'hypoderme et le maximum des lésions paraît siéger non pas au niveau des lymphatiques, mais bien des veines, c'est l'avis de l'immense majorité des auteurs.

THÉORIE MICROBIENNE

La théorie filarienne pure est donc difficilement acceptable, d'ailleurs les faits cliniques montrent que si les lésions filariennes donnent naissance parfois à un éléphantiasis, cette transformation exige une série de poussées inflammatoires souvent fort nombreuses. Il existe, en effet, des lésions indiscutablement filariennes, telle le lymphoscrotum, qui garderont leurs caractères propres, tant qu'aucune inflammation ne sera survenue.

Qu'il survienne sur ce lymphoscrotum des poussées érysipélateuses à répétition, peu à peu, les caractères de cette infection se modifieront, et l'éléphantiasis se développera. C'est cette extrême fréquence des phénomènes infectieux dans les antécédents des malades porteurs d'éléphantiasis qui a donné le jour à la théorie microbienne et c'est cette théorie microbienne qui a servi de trait d'union pour affirmer l'identité de l'éléphantiasis tropical et de l'éléphantiasis nostras.

ARGUMENTS CLINIQUES EN FAVEUR DE LA THÉORIE MICROBIENNE

1° Il est certain que nombre d'éléphantiasis, qu'ils soient tropicaux ou nostras, débutent par des manifestations inflammatoires indiscutables réalisant ce qu'il est classique d'appeler l'accès éléphantiasique. Nous avons vu au chapitre de l'étude clinique des éléphantiasis des membres inférieurs la variété de ces manifestations inflammatoires : poussées de lymphangite à répétition, dermites érysipélateuses, adénites aiguës, etc.

2° La contagiosité de certains éléphantiasis a pu être prouvée. Nous résumons ici les observations de DUBRUEL. On verra qu'elles sont impressionnantes.

« En novembre 1906, j'opérai à Papeete trois malades : l'un de hernie inguinale le 30 octobre, l'autre de varicocèle le 4 novembre, le troisième d'éléphantiasis du scrotum le 7 novembre.

Ils se trouvaient réunis dans la même salle.

Les deux premiers n'avaient jamais eu aucun symptôme se rattachant à l'éléphantiasis. Le troisième avait outre sa localisation scrotale, de l'infiltration pachydermique légère des membres inférieurs et des poussées lymphatiques fréquentes. Peu de jours après l'intervention, ce malade fait une poussée de lymphangite tronculaire du membre inférieur au cours de laquelle un infirmier indigène crut faire preuve de zèle en procédant lui-même au pansement de ces trois malades. Il est hors de doute que quelque grosse faute de technique fut commise, car moins d'une semaine après ces pansements simultanés, les deux premiers malades firent à 24 heures d'intervalle une violente poussée fébrile, atteignant deux soirs de suite 40°. Peu de jours après, je m'aperçus que leur scrotum commençait à s'infiltrer et au bout de quelques jours, il fallut bien reconnaître qu'il s'agissait d'un début de pachydermie.

Après un mois environ le scrotum du malade atteint de hernie égalait le volume d'une tête de fœtus à terme. Celui de l'autre était au moins double. Les deux tumeurs furent opérées avec succès les 17 et 23 janvier 1907.

Elles renfermaient le tissu éléphantiasique caractéristique. A partir de cette époque j'isolais mes opérés, les faits de contagion cessèrent. »

3° Les croyances populaires à la contagiosité.

Les Tahitiens ont la ferme croyance en la contagion possible et même provoquée de l'éléphantiasis. Les femmes évitent les relations sexuelles avec les hommes at-

teints de pachydermie quels que soient le siège et la bénignité de l'affection, qu'elles redoutent de se voir communiquer, alors qu'elles s'exposent facilement à la contagion vénérienne. (DUBRUEL).

Tels sont les faits cliniques.

Ils ont leur valeur. Les preuves bactériologiques sont plus convaincantes.

ARGUMENTS BACTÉRIOLOGIQUES

Il n'est pas dans notre intention de rapporter ici tous les travaux qui ont été faits pour prouver l'origine microbienne de l'éléphantiasis.

Ils sont légion. Nous citerons cependant les travaux les plus importants.

SABOURAUD, dans un travail sur l'éléphantiasis nostras, avait déjà montré que pendant la durée de l'accès éléphantiasique, on trouve le streptocoque dans la sérosité sanguinolente de la région malade et il en avait conclu que l'éléphantiasis nostras n'était autre chose qu'un érysipèle à répétition.

LE DENTEC, de 1906 à 1907, a observé à Bordeaux des cas d'éléphantiasis nostras et des cas d'éléphantiasis exotique.

Voici quelles sont ses conclusions :

« 1° Les accès dans l'éléphantiasis doivent être divisés en deux catégories : a) l'accès complet qui comprend un accès général (fièvre élevée) et un accès régional (lymphangite) ; b) l'accès fruste ou atténué dans lequel on n'observe que des phénomènes locaux d'œdème avec un peu de rougeur, mais sans phénomène fébrile marqué, l'accès atténué n'est en somme qu'un simple accès régional. Il est généralement provoqué par une fatigue physique ou une irritation locale quelconque.

2° Dans les accès frustes ou régionaux on trouve un coccus essentiellement polymorphe que nous avons appelé *dermocoque*, parce qu'il habite le derme, et que DUFOUGERÉ, dans un travail postérieur, a nommé *lymphocoque*, parce qu'il habite la lymphe.

3° Dans les accès complets (généraux et régionaux), on rencontre dans la lymphe un streptocoque et le *dermo-lymphocoque*.

4° La lymphe de la région éléphantiasique extraite au moyen d'un vésicatoire contient généralement des *dermo-lymphocoques*, même en dehors des accès.

5° Caractères du *dermo-lymphocoque*. C'est un microbe essentiellement pléiomorphe qui, au moment d'un accès éléphantiasique franc, vit en symbiose avec le streptocoque. Il apparaît alors comme un diplogène ou un tétragène.

Inoculé seul en injection sous-cutanée, il n'est pas pathogène pour la souris grise, mais associé au streptocoque, il provoque rapidement la mort de l'animal et on retrouve dans le sang les deux microbes vivant côte à côte. Inoculé seul sous la peau de l'oreille d'un lapin, il détermine une légère rousseur avec collection purulente, mais pas d'érysipèle. Inoculé avec le streptocoque dans l'oreille du même animal, il provoque une plaque érysipélateuse, caractéristique, et si on a soin de provoquer un accès identique de temps en temps, on arrive à reproduire un éléphantiasis de l'oreille. Pour LE DENTEC, l'éléphantiasis semblerait être une *dermococcie* chronique. L'accès simple régional serait dû à une pullulation momentanée du *dermo-lymphocoque*. L'accès complet à la fois général et régional serait causé par la symbiose du streptocoque et du *dermo-lymphocoque*. Le streptocoque n'existant même pas en temps ordinaire dans la lymphe de la région malade doit y être apporté par la circulation générale. Arrivé dans le foyer microbien latent, il se déve-

loppe en symbiose avec le dermo-lymphocoque et provoque l'accès franc complet.

DUFOUGERÉ, à La Martinique, a rencontré dans la lymphangite endémique un microcoque qu'il appelle lymphocoque et qui pour LE DENTEC serait identique à son dermocoque.

Pour DUFUGERÉ, la lymphangite endémique et l'éléphantiasis seraient deux affections différentes.

La lymphangite se réduit au lymphocoque seul ; l'éléphantiasis serait le résultat d'une infestation primaire par une filaire quelconque et une infection secondaire par le lymphocoque.

CASTELLANI, en 1908, a étudié à Ceylan une funiculite endémique qui est considérée dans le pays comme une forme d'éléphantiasis. Il a rencontré dans le pus de cette funiculite un microbe dont l'aspect ressemble au dermo-lymphocoque de LE DENTEC et DUFUGERÉ.

NOC et STEVENEL, en 1913, ont étudié à La Martinique, les rapports de la filariose, de la lymphangite endémique et de l'éléphantiasis et ils sont arrivés aux conclusions suivantes :

a) Dans aucun des cas étudiés il n'a été observé de microfilaires dans le sang des malades prélevé la nuit.

b) Le dermocoque observé par LE DENTEC dans le sang des lésions lymphatiques et retrouvé par DUFUGERÉ a été obtenu en culture pure par le Dr STEVENEL en partant du sang prélevé aseptiquement à la veine du pli du coude.

c) Le Dr STEVENEL a également obtenu la culture de ce dermocoque après ponction d'un ganglion hypertrophié chez un malade.

d) Une réaction BORDET-GENGOU avec une culture en bouillon comme antigène et le sérum en crise de lymphangite comme anticorps a été constamment positive. REMLINGER dit que lesensemencements de la sérosité sanguinolente qui sourd en plus ou moins grande abondance

des piqûres du derme éléphantiasique fournissent toujours un diplocoque ou une tétrade prenant le gram, poussant facilement sur tous les milieux nutritifs et dont la description se superpose à celle du dermocoque de LE DENTEC ou du lymphocoque de DUFOUGERÉ. Ce micro-organisme n'est agglutiné en rien par le sérum du sang des malades ou par la sérosité des régions éléphantiasiques. Dans les accès fébriles si fréquents au cours et surtout au début de la maladie, il n'est pas rare d'isoler ainsi que l'a montré SABOURAUD un streptocoque en longues chaînettes.

A côté de ces germes, différents auteurs (TRIBONDEAU, BRAULT, RENON, MALHERBE), ont mis en évidence le rôle d'autres agents pathogènes : staphylocoques blancs, diplocoques encapsulés, pneumocoques tétragènes.

Rôle du tréponème. — FOURNIER, en 1870, insistait sur le rôle joué par la syphilis dans l'étiologie de l'éléphantiasis des organes génitaux. C'est une lésion tertiaire qui se présente sous l'aspect d'un syphilome hypertrophique diffus scléreux, déterminant ces déformations parfois monstrueuses de la verge et du scrotum (FOURNIER, BALZER et DESHAYES, EMERY et GLANTENEY). BLASCHKO, en 1906, découvrit le tréponème dans les tissus infiltrés, les vaisseaux sanguins et leurs divisions, enfin au milieu de la lymphe coagulée dans les espaces et les vaisseaux lymphatiques.

Le bacille de Koch. — Il existe neuf cas d'éléphantiasis tuberculeux dans la littérature (POISSON, Thèse Paris, 1935), dans lesquels l'examen histologique a montré la présence de follicules tuberculeux dans tous les cas ; deux fois on a trouvé des bacilles de Koch sur les coupes ; l'inoculation aux cobayes a été positive.

Le gonocoque. — Ne semble pas en cause encore qu'on ait voulu lui faire jouer un rôle.

La chancrelle. — Serait presque toujours pour JACOBI la lésion ulcéreuse initiale de l'esthiomène, expliquant la fréquence de cette lésion chez les prostituées ; l'importance du rôle joué par la bacille de DUCREY est indéniable pour tous les auteurs, mais ici encore l'infection secondaire est certaine.

La maladie de Nicolas Favre. — Il est actuellement prouvé qu'il existe des éléphantiasis génitaux et des éléphantiasis ano-rectaux dus au virus de la maladie de Nicolas FAVRE.

JERSILD, en 1920, niait le rôle de la syphilis dans le soi-disant syphilome ano-rectal de FOURNIER et incriminait ce facteur pathogène. En tous cas dans ces manifestations morbides à localisation génitale ou ano-rectale, la réaction de FREI est le plus souvent positive et le rôle du spirochète est souvent difficile à mettre en évidence.

Les mycoses. — LAPEYRE, au Venezuela, a trouvé des dermocoques dans un certain nombre de cas d'éléphantiasis. Lesensemencements furent faits avec des particules de tissus profonds recueillis avec toute l'asepsie chirurgicale, mais dans ces cas, il a trouvé une association de ces germes avec des champignons ; dans trois cas même, il ne trouva pas de microbes, mais uniquement des champignons saprophytes. Nous donnons le résumé de ces trois observations :

OBSERVATION I

Petite fille de 10 ans ayant un éléphantiasis de la jambe droite depuis deux ans. Elle a eu plusieurs attaques de lymphangite avec adénopathie. Les ganglions inguinaux demeurent hypertrophiés. Le 6 septembre 1934 opération ; on enlève le paquet de ganglions ; ceux-ci sont aussitôt coupés par la moitié. Le centre présente un aspect caséux, une partie est mise dans le formol, l'autre est montée immédiatement au laboratoire en boîte de Petri stérile. Le D^r DEL CORRAL fait lui-même avec la pulpe des ganglions, différents ensemencements. En 36 heures développement en milieu glucosé de colonies blanchâtres. Examinées après 72 heures à la température ambiante,

présence d'organes de reproduction à facettes comme les dermatophytes. De son côté le Dr O'DALY a pratiqué la lecture de la coupe : il a trouvé de nombreuses spores de champignons probablement ascomycètes, des images de réactions inflammatoires avec cellules géantes et sclérose.

OBSERVATION II

Homme de 35 ans, originaire de Cagua, présentant un éléphantiasis des deux jambes, plus accentué à gauche (début il y a 4 ans) qu'à droite (début il y a 7 ans), présence d'une cicatrice d'ulcère au pied gauche. — Pustules sèches disséminées. — Ensemencement avec des tissus profonds en milieu de SABOURAUD, maltose et glucose à 14 %. En 48 heures, présence de spores en forme de levures.

OBSERVATION III

Homme de 47 ans, originaire de Ocumase de la Costa, présentant des lésions éléphantiasiques des membres inférieurs, pieds inclusivement. Début il y a 20 ans à gauche, depuis cette époque il présente des accès éléphantiasiques tous les 3 ou 4 mois.

Ensemencement de tissus profonds prélevés à la jambe sur milieu de SABOURAUD : développement de colonies blanchâtres, veloutées, long mycelium à la manière des dermatophytes, non cloisonné avec des petites spores ; les légions histologiques rencontrées dans ces deux biopsies n'ont pas montré de champignons dans l'intimité des tissus (Dr O'DALY).

En résumé, dans ces trois cultures de tissus profonds J. L. LAPEYRE a obtenu 3 résultats positifs en tant que mycose.

ARGUMENTS CONTRE LA THÈSE MICROBIENNE

Il est hors de doute qu'on voit nombre d'éléphantiasis précédés de poussées de lymphangite aiguë. Si ces lymphangites sont d'origine infectieuse pour la majorité des auteurs, certains prétendent qu'il existerait des lymphangites non microbiennes.

1° Il existerait des lymphangites filariennes sans infection bactérienne.

MAC KINLEY a étudié 47 cas, choisis par O'CONNOR à Suarez dont neuf cas dits cas de contrôle d'origine non filarienne.

« 38 cas de lymphangite filarienne aiguë ont été bactériologiquement étudiés et dans les conditions d'asepsie les plus rigoureuses. Les hémocultures se sont montrées uniformément négatives. Les cultures faites avec les éléments retirés par aspiration des foyers inflammatoires et douloureux sont restées négatives dans 27 cas. Pour les cultures préparées avec de la peau prélevée sur les parties inflammatoires dans 11 cas de lymphangite une culture s'est montrée positive au streptococcus viridans ; une autre a décelé un staphylococcus auréus hémolyticus, et une troisième était contaminée par un bacille prenant le gram. Dans aucun cas il n'a été possible de cultiver le streptococcus hémolyticus.

Par contre dans les neuf cas contrôle qui simulaient la lymphangite filarienne, mais qui en réalité furent diagnostiqués comme lymphangite septique, on peut isoler streptococcus hémolyticus dans 7 cas, et staphylococcus auréus hémolyticus. MAC KINLEY conclut que l'absence presque uniforme de cultures positives dans cette série de cas de lymphangite filarienne aiguë étudiés avec la technique la plus rigoureuse montre que l'invasion bactérienne n'explique pas toujours les manifestations aiguës.

2° Des malades peuvent présenter des poussées multiples de lymphangite sans qu'il s'installe pour cela un éléphantiasis. Nous donnons à l'appui l'observation suivante :

OBSERVATION LISSADE (*Thèse Paris, 1927*). — *Obs. recueillie à Tahiti en 1916. — Lymphangite réticulaire à répétition pendant 11 mois non suivie d'éléphantiasis.*

Femme de 36 ans présentant des poussées de lymphangite réticulaire à répétition de la jambe droite qui duraient 24 heures et n'étaient jamais suivies d'augmentation de volume appréciable de la jambe. Les poussées revenaient d'abord tous les mois à l'époque des règles et jusqu'en 1916, c'est-à-dire depuis 11 ans, la malade n'a jamais eu aucun signe clinique d'éléphantiasis de la jambe.

Si une infection chronique même atténuée, dit ROMITI, est à l'origine de l'éléphantiasis, pourquoi les plaies opératoires guérissent-elles toujours par première intention ?

3° L'intervention chirurgicale, véritable traumatisme, engendre une diminution de vitalité des tissus, une extravasation de lymphes, de sang, etc., qui sont les meilleures conditions pour le développement d'une infection latente, et cependant la cicatrisation se fait par première intention. A cela on objectera que l'infection peut provoquer l'éléphantiasis puis disparaître. L'éléphantiasis reste comme un témoin (comparaison du cal osseux succédant à la fracture). A cet argument on opposera que dans un certain nombre d'opérations, type KONDOLEON, la guérison des plaies opératoires a été obtenue per primam, sans la moindre réaction inflammatoire, les brèches aponévrotiques se sont fermées dans les mois suivants avec du tissu pathologique, l'éléphantiasis ayant continué d'évoluer pour son propre compte, et pourtant des interventions aseptiques avaient pu être effectuées.

On ne peut donc pas parler ici d'infection. Par conséquent si l'infection est à la base de l'immense majorité des cas d'éléphantiasis arabum ou nostras elle n'explique pas le processus intime d'apparition et de développement du syndrome. C'est à cette conclusion qu'aboutit DOMINICI : « Rien ne permet d'affirmer que l'infection soit l'unique facteur pathogénique de cette maladie. Du reste, parler d'infection, c'est admettre implicitement l'action morbifique de produits toxiques dérivant de l'activité propre aux ferments figurés. Les produits toxiques autres que les produits de la vie microbienne ne peuvent-ils pas en s'attaquant à l'appareil conjonctivo-vasculaire provoquer des réactions inflammatoires chroniques extensives et progressives à allure indéfiniment torpide ou paroxystique ? Un état normal du système nerveux ne peut-il pas engendrer des modifications analogues des mêmes tissus ? »

LA THÉORIE DU BARRAGE LYMPHATIQUE

Depuis très longtemps on avait constaté dans l'éléphantiasis, outre la stase lymphatique, la présence d'adénopathie correspondant aux territoires intéressés.

C'est ce qui avait suscité la théorie de MANSON : le blocage ganglionnaire par les œufs de filaires. Dans nos régions, les chirurgiens connaissent tous ces éléphantiasis du membre supérieur consécutifs à une intervention chirurgicale sur le creux de l'aisselle. A la suite d'un évidement ganglionnaire total comme on le pratique dans l'opération de HALSTED on voit de temps en temps apparaître cette grave complication.

Dans la maladie de NICOLAS et FAVRE l'exérèse en bloc des adénopathies était fréquemment suivie d'apparition d'éléphantiasis.

L'explication de ce phénomène paraît assez simple : l'ablation des voies lymphatiques produit la stase lymphatique puis l'éléphantiasis.

Cette théorie satisfaisante pour l'esprit fut longtemps classique. Malheureusement, comme beaucoup d'explications relevant de la physique élémentaire, elle ne résiste pas à l'analyse objective des faits.

1° La section expérimentale de tous les lymphatiques d'un membre ne provoque pas d'éléphantiasis.

W. S. HALSTED, REICHERT et MONT-REID (Lyon Chir., juill. 1922), ont fait des transplantations de membres consistant à transplanter la patte de derrière d'un chien d'un côté à l'autre. Nous citons les auteurs : « Dans une première série d'opérations toutes les parties molles, sauf l'artère, la veine fémorale et le nerf sciatique, furent sectionnées et immédiatement réunies au moyen de sutures. Chez deux chiens on lia la veine fémorale, le second jour après la transplantation. Chez l'un

des deux, une gangrène suivi promptement la ligature. Sur deux autres chiens, le 4^e jour après la replantation, on fit également la ligature de la veine fémorale ; l'une d'elle fut suivie de gangrène. Les ligatures faites les 5^e, 6^e, 7^e, 9^e et 11^e jours ou plus tard, ne furent pas suivies de gangrène. Celles faites à partir du 9^e jour ne s'accompagnèrent que d'une insignifiante augmentation du volume du membre, ou n'en furent pas suivies. Au contraire, la replantation et la ligature simultanées de la veine fémorale étaient invariablement suivies de gangrène (six cas). Dans un cas on lia l'artère et la veine fémorale en même temps que l'on faisait la replantation : la gangrène s'ensuivit.

Au contraire, les deux vaisseaux fémoraux peuvent être liés sans dommage au 6^e jour. Ils pourraient peut-être l'être plus tôt. Pensant naturellement à la possibilité d'une circulation anastomotique par l'intermédiaire de l'os et du nerf sciatique, le D^r REID, chez un chien, sectionna l'os et le nerf ; la replantation, ne réussit pas moins. Dans un cas, la replantation réussit malgré l'oblitération totale de l'artère et de la veine fémorales qu'on avait liées 7 mois auparavant.

Voici l'histoire de ce cas : Le 1^{er} novembre 1920, le D^r REID replanta la jambe gauche postérieure d'un chien. Dix jours après, le D^r REICHERT lia l'artère et la veine fémorales du côté opposé (jambe droite) afin d'étudier radiologiquement la circulation anastomotique.

Le 6 juin 1921, sept mois après, les D^{rs} BIDGOOD et REICHERT, ayant oublié que les vaisseaux principaux de ce membre avaient été liés auparavant, amputèrent la cuisse droite de ce chien sans sectionner l'os. Ils furent surpris de trouver les vaisseaux transformés en cordons fibreux et craignirent la gangrène pour cette jambe replantée.

Constatant ultérieurement que le membre vivait, les auteurs regrettèrent de n'avoir pas coupé les vaisseaux oblitérés. Depuis, un segment de chacun de ces cordons fut excisé et examiné microscopiquement par le D^r REI-

CHERT. Non seulement les lumières étaient oblitérées, mais les parois ne consistaient qu'en tissu fibreux blanchâtre, le tissu musculaire et élastique ayant disparu.

Au bout de ces deux jours (suivant l'opération de transplant) et probablement plus tôt, de nouveaux lymphatiques, traversant la cicatrice peuvent être mis en évidence par une injection. Et ceci, soit dit en passant, est peut-être la preuve fonctionnelle la plus convaincante que nous ayons de la régénération des lymphatiques. Le 6^e jour, on peut, comme on l'a dit, lier l'artère et la veine fémorales sans inconvénient ; par conséquent le 6^e jour, ou plus tôt, toute la circulation du membre est assurée par des vaisseaux nouvellement formés : vaisseaux lymphatiques, veineux et artériels. Le 12^e jour, le gonflement qui augmente pendant la première semaine suivant la replantation a presque entièrement disparu ; par conséquent, dit HALSTED, l'œdème consécutif à l'ablation du sein avec évidemment de l'aisselle, n'est causé ni par la suppression des vaisseaux lymphatiques, ni par celle des vaisseaux sanguins. »

Ces expérimentations sont impressionnantes, cependant on a pu leur reprocher de ne pas respecter les conditions cliniques. En particulier on a dit que le débit de sang apporté était forcément ralenti et que par là-même, la stase devait être moins grande.

2° Autre argument contre la thèse du barrage lymphatique.

Les conditions opératoires restant les mêmes, une opération de HALSTED avec suture de la peau donne de temps en temps un éléphantiasis ; il n'y a jamais d'éléphantiasis lorsque la brèche opératoire est laissée ouverte et comblée par des greffes. Voici ce que dit HALSTED à ce sujet :

« Depuis longtemps, nous avons été frappé du fait qu'une infection, même légère, après l'opération radicale pour cancer du sein, paraissait être suivie d'un œdème

plus prononcé du bras que les cas à évolution cliniquement aseptique. Les bras les plus gros étaient observés dans les cas qui présentaient le maximum de réaction inflammatoire et d'induration axillaire. Nous présumons naturellement que cet œdème était dû au blocage opératoire des lymphatiques et peut-être à l'obturation par l'inflammation de quelques veines que le bistouri avait épargnées ».

Or HALSTED ayant modifié sa technique opératoire d'exérèse du sein, en ne faisant pas de sutures, et en couvrant immédiatement la plaie thoracique de larges greffes dermo-épidermiques pour assurer une plus grande liberté de mouvements à l'articulation de l'épaule, cet auteur eut la surprise de ne plus voir d'éléphantiasis du bras qui devint « un souvenir historique ». HALSTED en tira les conclusions suivantes :

« La destruction des lymphatiques étant exactement la même dans l'opération modifiée comme dans l'opération primitive, nous avons pensé pouvoir conclure que l'excision la plus complète possible du contenu axillaire était incapable à elle seule de produire l'œdème du bras. Quelle que fût la cause prédisposante, il était évident que le facteur déterminant devait être autre chose qui restait à découvrir. » (Pour HALSTED, cette autre chose est l'infection atténuée).

3° *L'éléphantiasis peut apparaître plusieurs mois après l'intervention.*

HALSTED (Lyon Chir., 1922), cite le cas d'une malade qu'il opéra en 1917. Neuf mois après l'opération, elle le consulta pour un œdème subit quoique peu important apparu du côté opéré, qui auparavant n'était pas enflé. Elle ne se rappela pas avoir eu de signes généraux et était sûre de n'avoir pas remarqué de rougeur inflammatoire du bras, coïncidant avec l'apparition du gonflement. Depuis le moment de cette consultation jusqu'à sa

mort, 4 ans et 3 mois plus tard, l'œdème n'augmenta pas. Elle mourut de métastases carcinomateuses des os. Il n'y avait pas de récurrence locale, ni de récurrence dans les lymphatiques qui auraient pu affecter la circulation du bras. Par conséquent le gonflement survenant neuf mois après l'opération ne pouvait provenir d'un blocage des lymphatiques par la tumeur.

4° Le blocage lymphatique n'explique pas les éléphantiasis segmentaires.

En voici un exemple typique :

Madame Cl... fut opérée par le Dr GAUDART D'ALLAINES pour une tumeur bénigne du sein gauche en 1926. Dans les jours qui ont suivi sa sortie — 6 jours après l'intervention — il apparaît un œdème de l'avant-bras et de la main gauche ; par contre, le bras de ce côté est indemne. Cette malade revue en 1935 présente toujours un œdème éléphantiasique de la partie distale du membre supérieur avec intégrité du bras.

Un blocage des lymphatiques de l'aisselle (en admettant que les ganglions aient été enlevés) n'expliquerait point cette localisation à l'extrémité du membre.

Dans certains cas même, la localisation est encore plus limitée. ROMRI rapporte une observation où seule la jambe était lésée, le pied et la cuisse étant indemnes ; pourquoi cette localisation élective ? Ce segment hypertrophié intercalé entre deux segments sains ?

Voici encore un exemple rapporté par FALK (Thèse, Paris, 1927) :

« Dans un cas observé récemment par M. MAUCLAIRE chez une malade qu'il avait opérée, il y a 5 ans, l'œdème dur était localisé au premier espace intermétacarpien et au bord radial de l'avant-bras. M. MAUCLAIRE fit une incision exploratrice dans le creux de l'aisselle. Il trouva du tissu cicatriciel, mais en amont aucun tronc lymphatique présentant une dilatation appréciable à la vue ».

5° *Le blocage lymphatique n'explique pas la localisation superficielle si caractéristique de l'éléphantiasis.*

Nous avons vu au chapitre de l'anatomo-pathologie que seuls sont atteints les tissus superficiels, à savoir :

La peau ;

Le tissu cellulaire sous-cutané ;

L'aponévrose d'enveloppe,

tandis que les plans profonds : muscles, espaces cellulaires inter-musculaires, gros troncs artériels, veineux, lymphatiques et nerveux sont indemnes. On conçoit qu'en cas de barrage lymphatique, les troncs lymphatiques profonds devraient être les premiers lésés.

Ce faisceau d'arguments est impressionnant et la théorie du blocage lymphatique n'explique pas davantage que la théorie microbienne la production de l'éléphantiasis.

Pathogénie du Trophœdème

1° MEIGE et l'école de la Salpêtrière reconnaissaient des lésions médullaires à l'origine du trophœdème. Certains auteurs rattachaient l'apparition de ce syndrome à une poliomyélite antérieure.

2° LERI incriminait une altération des centres trophiques de la moelle associée à une atteinte primitive ou secondaire du sympathique.

3° L'atteinte du système végétatif nous paraît capitale pour les raisons suivantes :

Apparition brusque du trophœdème dans un certain nombre de cas, à la suite d'une émotion ou d'un traumatisme.

1° *Certains trophœdèmes sont apparus à la suite d'une violente émotion.*

En voici quelques observations :

OBSERVATION I. — LERICHE. — (*Lyon Chir.*, 1924, p. 795).

RÉSUMÉ. — M. V. Femme de 27 ans adressée par le Dr ESPENEL.

La maladie a débuté au mois d'avril 1913 alors que M. V. avait 16 ans. Quelques semaines après une très grande frayeur (elle avait été poursuivie par un fou qui voulait la tuer), cette jeune fille s'aperçut que sa cheville était grosse et enflée ; et en deux mois avec de très légères douleurs, tout le membre inférieur acquit un énorme volume du pied à la racine de la cuisse. Depuis lors, l'augmentation de volume a cru régulièrement et lentement sans qu'il y ait cependant une très grande différence entre l'état de juillet 1913 et l'état

actuel (1924). En deux mois, dit-elle, le membre a acquis presque entièrement les dimensions qu'il a à présent. Lors de l'examen pratiqué par le Professeur LERICHE, 14 février 1924, l'aspect est typique ; l'œdème est dur, non dépressible, ne prenant pas le godet. Étiologiquement on ne trouve à l'origine de cet éléphantiasis aucune cause en dehors de la grande frayeur relatée plus haut ; il n'y a eu ni infection cutanée, ni streptococcie, ni lymphangite, ni érysipèle. Le 6 février 1924, sous rachianesthésie, le Professeur LERICHE pratique une sympathectomie fémorale à la partie moyenne de la cuisse, sur une longueur de 12 cm. environ. L'artère se contracte bien, son adventice est dure et scléreuse. L'incision de découverte a dû traverser une couche cellulaire de 6 ou 7 cm. d'épaisseur, dure, laissant suinter un liquide clair. L'aponévrose d'enveloppe du couturier est plus dure, plus scléreuse que normalement.

OBSERVATION II. — WERTHEIMER. — *Jour. Chir.*, mai 1932.

RÉSUMÉ. — Veuve P..., 48 ans. Entre dans le service de M. le Professeur BÉRARD en octobre 1924 pour un œdème volumineux du membre supérieur gauche. Les antécédents de cette malade n'offrent rien de notable, et sont indemnes de toute tare spécifique. L'œdème qu'elle présente est apparu brusquement à la suite d'une émotion violente en 1914. A cette époque la malade habitait Boulogne, sa maison fut détruite par une bombe d'avion ; elle eut une peur très grande et se précipita dans un abri où elle constata l'augmentation de volume du membre qui affectait surtout l'avant-bras et le tiers inférieur du bras.

Depuis ce jour, l'état de ce membre supérieur est demeuré stationnaire ; l'œdème ne fut pas modifié par aucune des thérapeutiques utilisées, immobilisation plâtrée, traitement spécifique.

OBSERVATION III. — (Docteurs GAUDART D'ALLAINES et BRIDOT).

Madame LEM... en 1920, à l'âge de 17 ans, a une grande contractilité et le lendemain à son réveil elle constate l'existence d'un œdème considérable occupant tout le membre inférieur gauche.

Œdème si important que la malade ne peut utiliser ni son bas ni sa chaussure ; le membre n'était ni chaud, ni rouge.

La malade habitait à ce moment la campagne normande et portait des sabots avec des chaussons, mais elle n'avait pas la moindre excoriation aux pieds. Cet œdème une fois constitué resta immuable jusqu'en 1928, époque à laquelle la malade subit une opération de KONDOLÉON (nous publions plus loin cette observation in extenso).

Dans ces trois observations, il est impossible de retrouver la moindre notion d'infection, par contre, le facteur émotif est indéniable.

2° Trophœdème d'origine traumatique

OBSERVATION WERTHEIMER. — *Jour. Chir.*, 1932.

RÉSUMÉ. — Mlle R..., 19 ans. Père éthylique, un frère atteint de débilité mentale. La malade ne présente pas d'antécédents pathologiques personnels notables. Le 15 octobre 1927, au cours de son travail, après un traumatisme minime (choc contre une table sans plaie ni ecchymose) apparaît un œdème du membre inférieur droit jusqu'à la normale. Immédiatement cet œdème acquiert les dimensions et les caractères qu'il nous fût donné d'observer par la suite. Cette malade consulte notre maître, M. le Professeur NOVÉ-JOSSERAND qui veut bien la soumettre à notre examen dans l'intention d'essayer une sympathectomie artérielle. A ce moment, l'aspect est celui d'un éléphantiasis typique, surtout développé au niveau de la jambe et du pied, affectant également quoique à un moindre degré, la cuisse jusqu'à sa racine. Cet œdème est résistant, non douloureux, les téguments ont gardé une coloration normale, il n'y a pas eu de poussées lymphangitiques. Une intervention pratiquée en juillet 1930 (opération type KONDOLÉON) a apporté un contrôle anatomo-pathologique du syndrome. Nous voyons donc installé chez cette malade un trophœdème d'origine traumatique. Nous devons dire cependant que la patiente présentait un spina bifida occulta ne s'étant traduit par aucun symptôme jusqu'au jour où un examen radiologique pratiqué en 1930 a décelé son existence. Le cliché montrait une déhiscence de l'arc postérieur au niveau de LV.

Conclusions pathogéniques

Parallèle entre le trophœdème et les éléphantiasis arabum et nostras

Peut-on confondre ces syndromes quant à leur cause intime, ou doit-on nettement les différencier ?

L'anatomo-pathologie nous montre qu'il y a identité entre le dernier stade du trophœdème et l'éléphantiasis qu'il soit arabum ou nostras. L'étiologie ne nous permet pas d'établir une discrimination entre ces syndromes. En effet les auteurs insistent sur ce fait que les éléphantiasis seraient d'origine infectieuse (précédés de poussées inflammatoires) alors que le trophœdème ne serait pas d'origine infectieuse, mais dû à un trouble névropathique ou endocrinien. En fait il est difficile de trancher, car 1° Il n'est pas prouvé que les poussées de lymphangite, soient toujours d'origine infectieuse. Nous avons signalé les expériences de MAC KINLEY montrant l'existence de lymphangite réticulaire aseptique. 2° Au cours de trophœdèmes absolument typiques on voit fréquemment survenir des poussées inflammatoires d'aspect lymphangitique bien qu'aucune excoriation ne soit visible et sans qu'il existe de germes dans la lymphe cultivée après prélèvement aseptique. N'existerait-il pas des dermites ou lymphangites d'origine nerveuse ?

Il est donc impossible de trouver un critère permettant de différencier nettement les éléphantiasis du trophœdème de MEIGE. C'est ce qui explique que les auteurs confondent si souvent ces termes. L'anatomo-pathologie révèle des lésions identiques dans les deux syndromes et l'étiologie montre qu'il existe des poussées de lymphangite dans ces affections sans qu'on puisse toujours dire que cette lymphangite soit d'origine infec-

tieuse. La distinction entre trophœdème et éléphantiasis est du domaine purement clinique. Si les modalités d'apparition diffèrent, le résultat anatomique est le même, par conséquent nous estimons être en droit de faire rentrer le trophœdème de MEIGE dans le cadre du syndrome éléphantiasique.

Nous ne connaissons pas actuellement la pathogénie du syndrome éléphantiasique, il est certain que toutes les théories anciennes, théorie filarienne, théorie microbienne, théorie du blocage lymphatique sont dépassées par les faits. Il est indiscutable que l'infection microbienne, si elle conditionne l'immense majorité des éléphantiasis, n'explique pas le processus biologique d'apparition de ce syndrome. Il y a autre chose ; et c'est cette autre chose qu'on commence à entrevoir.

Comment s'installe l'Éléphantiasis ?

Il n'existe pas à notre connaissance de document anatomo-pathologique montrant l'apparition, du jour au lendemain, d'un éléphantiasis survenant à la suite d'un accès éléphantiasique.

On peut penser qu'avant d'être éléphantiasis, l'affection a passé par le stade d'œdème chronique. Ce n'est que la permanence des troubles qui a conduit cet œdème chronique à se transformer en éléphantiasis.

Or on sait qu'il existe une filiation insensible entre l'œdème aigu et l'œdème chronique.

A la suite d'un choc émotif, un œdème peut apparaître brutalement et disparaître aussi rapidement, ou bien il peut persister et devenir œdème chronique. Cet œdème chronique peut disparaître soudainement ou persister en restant toujours œdème chronique.

Dans d'autres cas, cet œdème chronique se transformera en éléphantiasis.

Nous ne savons absolument pas pourquoi se produisent ces différentes éventualités.

Mais ce que nous savons, c'est que des opérations portant sur le système sympathique (sympathectomie stellulaire, lombaire, périartérielle), font disparaître souvent et complètement l'œdème chronique. On a donc évité ainsi un certain nombre de transformations éléphantiasiques en brisant la courbe d'évolution progressive à un moment où elle est encore vulnérable.

On peut en conclure que si on n'a pas agi sur la cause intime du syndrome, on l'a atteinte dans un de ses relais.

C'est ce qui nous fait penser à la participation du système sympathique dans la production de l'éléphantiasis.

On voit dès maintenant que tous les efforts thérapeutiques devront être dirigés dans le sens de la prévention du syndrome, car une fois installé on ne peut prétendre le traiter d'une façon vraiment radicale.

3° PARTIE

MOYENS THERAPEUTIQUES

Moyens Thérapeutiques

Ils ont été d'abord d'ordre exclusivement médical. Puis avec les progrès de la chirurgie, apparurent les ablations localisées de tissus éléphantiasiques. Ce ne fut qu'au XIX^e siècle que la thérapeutique chirurgicale prit le développement qu'on lui connaît. Actuellement si la thérapeutique médicale est encore très utilisée on peut dire néanmoins qu'elle ne vise dans l'ensemble, qu'à préparer l'acte chirurgical. Elle intervient également dans les suites, pour parfaire les résultats.

LES MOYENS MÉDICAUX

Nous n'insisterons pas sur ces moyens médicaux qui sont hors du cadre de ce travail.

Les agents chimiques tels que le perchlorure de fer (LEMOINE), la fibrolysiine (CASTELLANI) ont donné des résultats très intéressants. Les agents anti infectieux : stock-vaccins, autovaccins, sérum antistreptococcique, sont surtout utilisés à titre de traitement pré-opératoire pour obtenir le refroidissement des lésions. Par contre les agents physiques : radiothérapie, électrisation galvanique, massages, compression élastique, interviennent dans la médication post-opératoire. Ils améliorent sensiblement les résultats.

LES MÉTHODES CHIRURGICALES

Lorsqu'on envisage le traitement chirurgical sous son aspect le plus général, on constate qu'il est dominé par

deux principes essentiellement différents : lorsque le tissu éléphantiasique peut être enlevé en bloc, comme une tumeur bénigne, on en pratique l'exérèse complète. C'est à cette règle simpliste qu'obéit la thérapeutique de l'éléphantiasis du scrotum, de la vulve, du sein, et des zones cutanées limitées. Mais dans nombre de cas on ne peut enlever en totalité ce tissu pathologique sans pratiquer en même temps des mutilations inadmissibles. C'est dans le cas des éléphantiasis des membres. On est alors obligé de faire appel à des méthodes totalement différentes : ce sont les méthodes de drainage. Nombre d'auteurs estimant que l'éléphantiasis est dû à la stase lymphatique dans un tissu conjonctif hypertrophié et sclérosé, ont cherché à drainer la lymphe vers des régions saines. Ils se sont basés pour cela sur certaines singularités anatomo-pathologique du syndrome.

1^{re} Un des caractères essentiels de l'éléphantiasis est d'être limité d'une façon très nette, dans le sens de la hauteur du membre. C'est l'œdème segmentaire des anciens auteurs. Autrement dit, il y a une transition rapide entre le tissu cellulaire sous-cutané sain situé en amont et le tissu cellulaire sous-cutané pathologique situé en aval. Une première méthode thérapeutique consistera donc à drainer la lymphe de la région malade distale, vers la région saine proximale, au moyen de fils de soie procédé de HANDBLEY¹ ou de tubes de caoutchouc procédé de WALTER². Ces procédés constituent les méthodes de drainage superficiel.

2^e Un des autres traits caractéristiques de l'éléphantiasis est de présenter une localisation uniquement superficielle : peau, tissu cellulaire sous-cutané et aponévrose d'enveloppe du membre. A cela s'oppose l'intégrité complète des plans profonds : muscles, espaces cellulaires intermusculaires, gros troncs artériels, veineux, lymphatiques, gros troncs nerveux, os et périoste.

Un deuxième procédé thérapeutique consistera donc

à effondrer l'aponévrose pathologique et à laisser un passage libre, — à pratiquer une dérivation — entre les régions superficielles malades et les régions profondes saines. C'est le principe de la méthode de KONNOLEON et dérivées (SISTRUNK). Ce sont les méthodes de drainage profond.

SOINS PRÉ-OPÉRATOIRES GÉNÉRAUX

Quelles que soient les localisations et les méthodes chirurgicales, on ne devra jamais entreprendre une intervention sur des lésions inflammatoires. Il faudra refroidir les tissus, par la mise au repos, l'utilisation de vaccins, et l'application de soins locaux. La thérapeutique chirurgicale de l'éléphantiasis relève alors de la chirurgie aseptique, en particulier les sutures, doivent être faites sans drainage. Lorsque toutes les précautions ont été prises, on doit obtenir au niveau des plaies opératoires la cicatrisation per primam.

Exposé des traitements chirurgicaux et des résultats obtenus au niveau des principales localisations

Traitement chirurgical de l'éléphantiasis du scrotum et de la verge

1° *Soins pré-opératoires.* — Dans les jours qui précèdent l'intervention, le malade est astreint à des soins de propreté, l'éléphantiasis est préparé. Le repos au lit amène une certaine détente de la tumeur, et permet les pansements des plaies et fistules qui ne sont pas rares. Cependant, il suffit que ces dernières ne siègent pas sur le trajet des incisions pour permettre l'intervention. On ne négligera pas non plus de procéder autant que possible au nettoyage du canal par où se fait la miction par des lavages au Dakin (ASSALI). /

2° *Technique opératoire.* — Il faut distinguer trois cas :

- a) Eléphantiasis du scrotum seul.
- b) Eléphantiasis de la verge.
- c) Eléphantiasis de la verge et du scrotum.

L'éléphantiasis du scrotum relève de l'amputation (oschéotomie) avec conservation des cordons et des testicules qui sont normaux. Les bourses seront reconstituées au moyen de la peau latérale située au voisinage de la racine du scrotum.

L'éléphantiasis de la verge sera traité par l'ablation du fourreau pathologique. Celui-ci adhère intimement à

l'urèthre et aux corps caverneux qui sont sains, ainsi que le gland ; on pratiquera une autoplastie au moyen d'un lambeau prélevé au niveau de la région sus-pubienne.

L'éléphantiasis du scrotum et de la verge sera traité par une méthode procédant de la combinaison de l'oschéotomie et de la plastie de la verge.

ÉLÉPHANTIASIS DU SCROTUM

Les procédés proposés pour la cure de l'éléphantiasis du scrotum sont devenus pour la plupart d'un intérêt purement historique.

Nous ne nous attarderons pas sur le procédé de MOHAMMED ALI BEY, qui consistait à tailler deux lambeaux scrotaux en transfixiant la base de la tumeur au moyen d'un couteau d'amputation.

Au préalable on avait soin de refouler les cordons et les testicules vers les anneaux inguinaux.

Un des inconvénients — entre autres — de cette méthode était la blessure possible d'une anse intestinale située dans une hernie scrotale méconnue.

Pour éviter cet inconvénient, les auteurs par la suite, (SABOIA, DELPECH, CLOT BEY, ABBLARD, MONOD et VANVERTS, LE ROY DES BARRES), pratiquèrent des incisions partant des orifices inguinaux pour permettre de dégager les cordons et les testicules sous le contrôle de la vue.

Mais cette méthode avait un gros inconvénient. On était obligé d'inciser le tissu pathologique avant de trouver les testicules dans la profondeur.

La première méthode véritablement moderne fut proposée par GUYOMARCH en 1910.

Celui-ci fend la tumeur en deux énormes valves par une incision antéro-postérieure suivant le raphé.

« La tumeur apparaît alors comme une énorme poire coupée en deux, et en examinant chaque moitié sur la tranche, on aperçoit le plus souvent le testicule recon-

naissable à la teinte bleuâtre de ses vaisseaux « (OUZILLEAU » 1913).

On isole le testicule et le cordon de chaque côté, et l'oscéotomie est ensuite facile à réaliser.

Cette technique a été appliquée par OUZILLEAU, CACAVELLI, LE BIHAN.

Elle nous a été communiquée par le Dr. P. DELOM qui, dans un séjour au M'Bomou, l'a appliquée 241 fois.

TECHNIQUE DE GUYOMARCH

Communiquée par le Dr P. DELOM

1^{er} temps. — Pose d'un garrot de caoutchouc à la base de la tumeur ; tracé de l'incision médiane partant de l'orifice ou « vulve » et suivant la ligne médiane jusqu'à quelques centimètres du périnée (Fig. 1).

2^e temps. — L'incision étant effectuée, la tumeur se trouve divisée en deux valves. Très souvent la verge se trouve libérée et se reconstitue normalement (Fig. 2).

Dans les cas où la verge est enfouie, mais non atteinte par le processus éléphantiasique, l'incision sera continuée également médiane jusqu'au gland sur la partie inférieure du conduit formé par le retournement du revêtement cutané de la verge (Fig. 3).

A ce moment on peut introduire une bougie dans l'urèthre. Cette bougie permettra de repérer le canal, et on continuera à inciser la tumeur jusqu'au périnée, en prenant soin de ne pas blesser l'urèthre (Fig. 3).

3^e temps. — Chaque surface de section présente deux zones très distinctes, l'une périphérique, dure et blanchâtre, véritable tumeur, l'autre centrale, molle et bleu-tée, contenant testicule et cordon. Il n'existe pas de plan de clivage entre ces deux zones.

A la périphérie de la zone centrale bleutée, on trace avec la pointe du bistouri une incision comme l'indique le schéma (Fig. 4).

Puis avec le doigt plongé dans cette masse centrale au fond de laquelle il est fixé par le gubernaculum testis, on dégage le cordon et on sectionne le gubernaculum testis (Fig. 5)

Après avoir pratiqué d'un côté cette manœuvre, on la répète de l'autre côté.

4^e temps. — On trace les incisions cutanées libérant les deux masses latérales (Fig. 6 et 7).

5^e temps. — On enlève le garrot et on pratique l'hémostase.

Dernier temps. — Se rapportant aux cas d'éléphantiasis du scrotum pur, dans lesquels la verge n'est pas enfouie ou s'est trouvée dégagee lors de l'hémisection de la tumeur.

Suture des tranches de section par des points séparés en commençant par la partie postérieure périnéale et en terminant sous la partie antérieure de la verge (Fig. 8 et 9).

Drainage filiforme.

Pansement maintenant le scrotum en position élevée.

ÉLÉPHANTIASIS DU SCROTUM AVEC VERGE ENFOUIE MAIS SAIN

6^e temps. — Réfection du fourreau de la verge.

On dégage au doigt la verge, ce qui est relativement facile dans ce cas (Fig. 10, 11 et 12).

7^e temps. — On libère la base du gland en laissant une collerette de muqueuse préputiale d'un centimètre, (Fig. 13) et on procède à l'ablation du lambeau cutané dorsal en pratiquant une section suivant a b (Fig. 13 et 14).

8° temps. — Taille du lambeau et autoplastie du fourreau, tracé suivant c d c' d' (Fig. 15 et 16).

9° temps. — Suture de la verge et du scrotum par des points séparés, en commençant par la région balanique (Fig. 17).

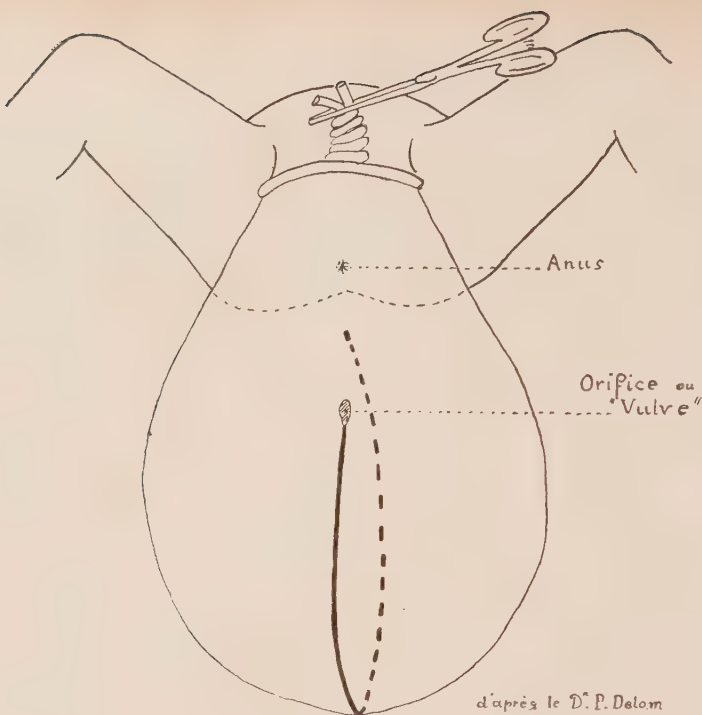


FIGURE 1.

Pose du garrot à la base de la tumeur et tracé de l'incision médiane partant de l'orifice ou « vulve » et suivant la ligne médiane jusqu'à quelques centimètres du périnée.

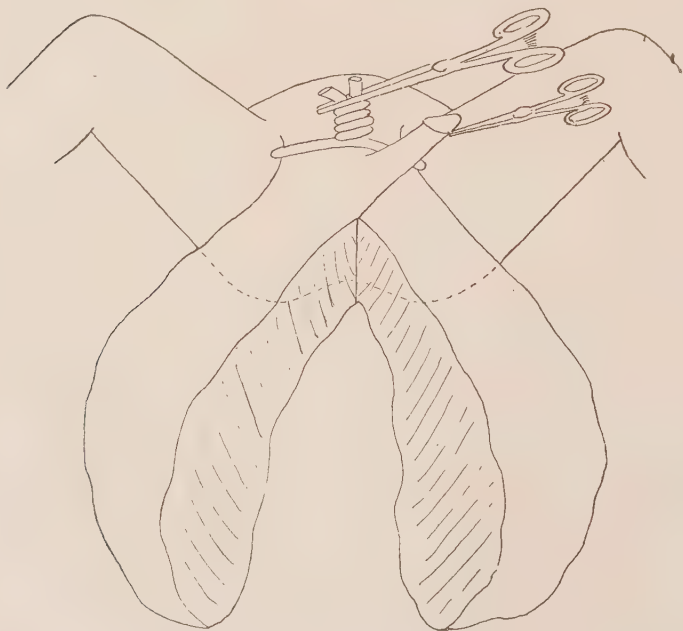


FIGURE 2

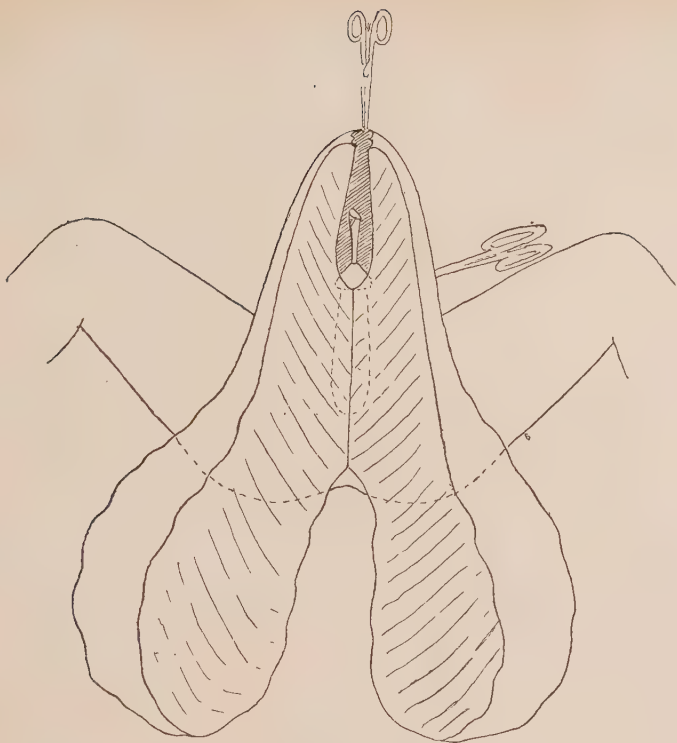


FIGURE 3

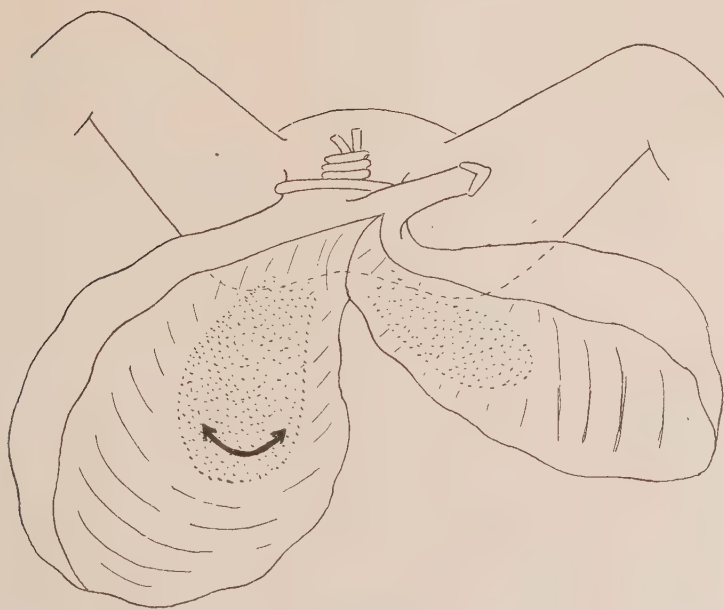


FIGURE 4

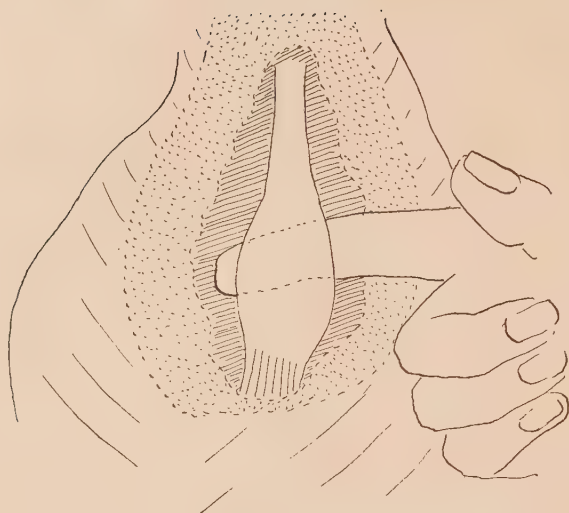


FIGURE 5



FIGURE 6



FIGURE 7



FIGURE 8

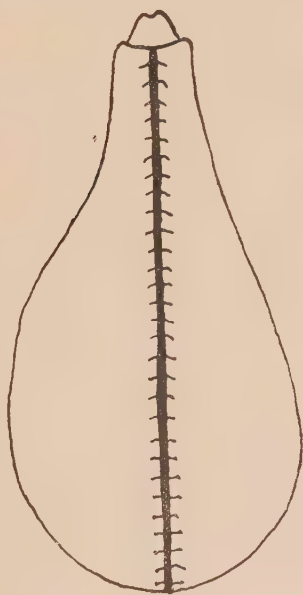


FIGURE 9

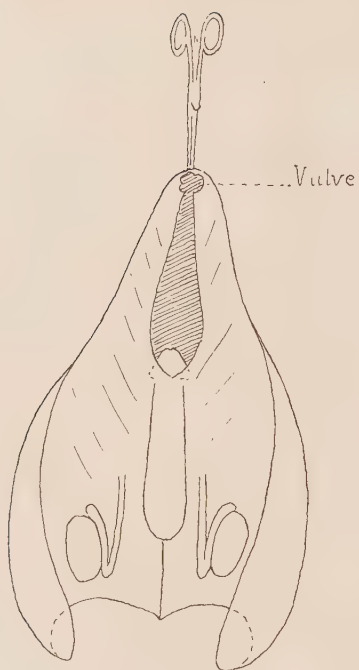


FIGURE 10

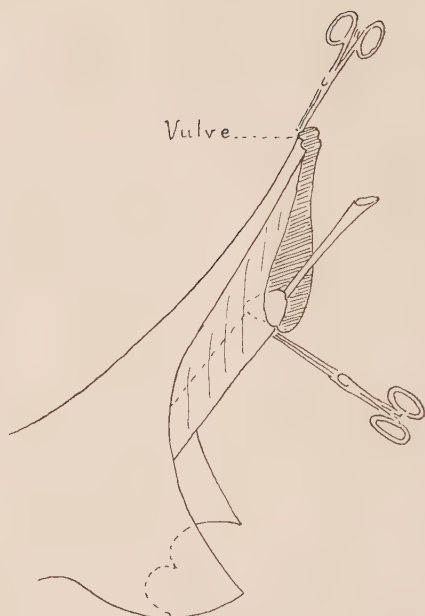


FIGURE 11

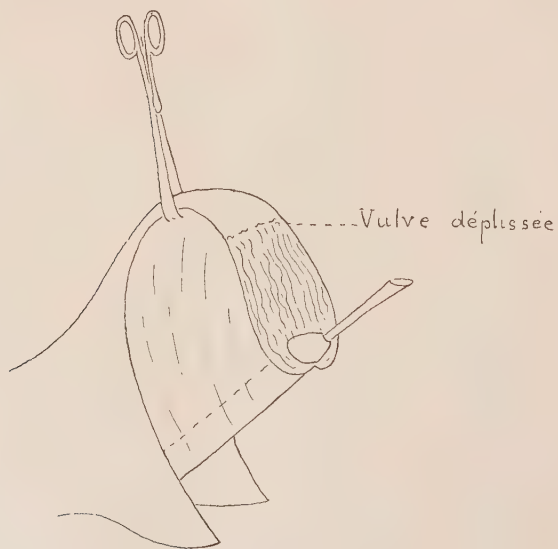


FIGURE 12

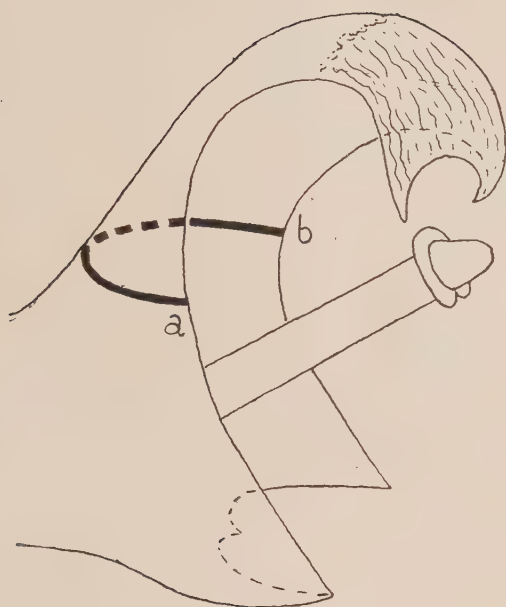


FIGURE 13



FIGURE 14

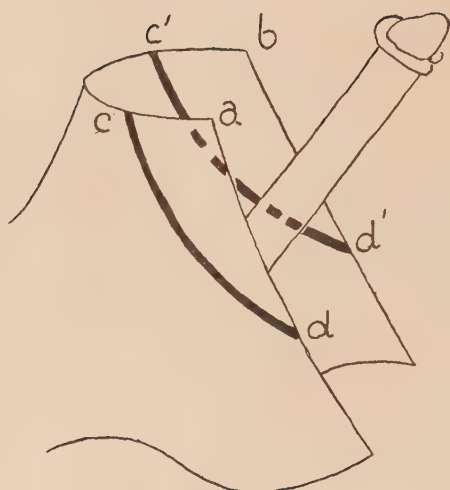


FIGURE 15



FIGURE 16

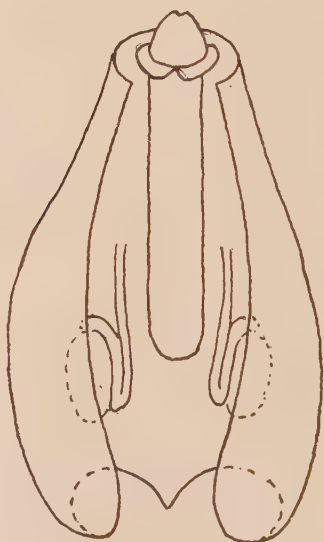


FIGURE 17

D'après le D^r P. DELOM.



Photo n° 1



Photo n° 2

Malades opérés suivant la technique de Guyomarch (Dr P. Delom.)

PROCÉDÉ DE LEMOINE, SANNER, ASSALI

(Ne s'adresse qu'aux éléphantiasis du scrotum avec verge enfouie)

Son principe consiste essentiellement à utiliser comme plastic de la verge la face préputiale qui tapisse la cavité où se fait la miction « cette peau est toujours vivace, mince et souple ».

Pour le scrotum on prendra la peau fine, généralement saine, facile à disséquer des parties latérales de la tumeur (LEMOINE 190).

Cette technique a été employée par MAS, NEVEU, LEMOINE et ROTOÏ en 1909.

SANNER l'a décrite en 1928.

COUVY a utilisé une méthode très analogue à la Côte d'Ivoire en 1913, puis de 1926 à 1930 à Dakar.

Plus récemment ASSALI a publié la technique après l'avoir appliquée quatorze fois. C'est cette description que nous reproduisons intégralement.

TECHNIQUE

Soins pré-opératoires. — Les mêmes que dans la technique précédente, mais on insistera sur le nettoyage du canal par où se fait la miction, en pratiquant des lavages au DAKIN. Immédiatement avant l'intervention pendant qu'on procède à l'iodage du champ opératoire, une mèche imbibée de goménol est introduite dans le canal et y restera jusqu'à la fin.

Pour éviter toute souillure on rejette au dernier temps le revêtement du pénis.

Et malgré les soins préliminaires, on ne sera pas surpris de trouver quelquefois sur le fourreau préputial du smegma purulent et des ulcérations en surface.

La question de l'hémostase préventive. — Nous estimons gênante, dangereuse et inutile l'hémostase par un garrot enserrant le pédicule de la tumeur. Gênante car

le garrot empêche de dégager la verge jusqu'au pubis et les cordons jusqu'au canal inguinal.

Dangereuse car sa striction si elle est efficace peut agir aussi sur les vaisseaux des testicules.

Enfin inutile car par la technique que nous avons réglée l'hémostase est facile, se faisant à ciel ouvert.

L'opération est ainsi conduite :

1^{er} temps. — Une incision partie du pubis circonscrit l'orifice par où se fait la miction et se poursuit sur le raphé, très bas vers le pôle inférieur sans fendre complètement la tumeur (Fig. 18).

2^e temps. — A la partie supérieure de l'incision, là où les tissus sont souples et sains, les lèvres de la plaie sont écartées et l'index introduit en crochet va chercher la verge. Il ne la quittera plus.

En allant de haut en bas, la verge est progressivement dégagée, en incisant s'il le faut les tissus et avec une grande rapidité on arrive ainsi à l'extérioriser complètement, avec le fourreau préputial qui lui est appendu (Fig. 19).

L'orifice encapuchonné d'une compresse imbibée de goménol est fermé par une tenaille de PAUCHET. L'ensemble est rabattu sur l'abdomen (Fig. 20).

3^e temps. — On a alors sous les yeux une vaste plaie de forme elliptique dont le grand diamètre est constitué par le septum. Deux tenailles de PAUCHET tirent sur une lèvre cutanée, la droite par exemple, et la main de l'opérateur par dilacération va trouver très aisément le testicule droit, en passant à droite du septum. Il est dès lors très facile de disséquer le cordon jusqu'à l'orifice inguinal superficiel bien qu'on ait à la séparer d'une masse invraisemblable de tissu « succulent » (LEMOINE).

La même manœuvre est répétée du côté opposé. Et chaque testicule est rabattu sur l'abdomen après protection soigneuse.

Ces temps n'ont pas demandé au total dix minutes en

tenant compte de la difficulté éprouvée parfois pour le dégagement d'une hydrocèle ou pour la section des « gubernaculum testis » toujours très profondément enfouis.

4° temps. — On procède alors au dessin des lambeaux en faisant basculer la tumeur d'abord d'un côté puis de l'autre et on repère par une pince, ou mieux par un solide fil de soie passé à travers la raphé leur point de convergence inférieur.

Et on amorce immédiatement la taille du nouveau scrotum en partant de la partie haute de l'incision médiane. On peut ainsi pratiquer sans peine les multiples ligatures imposées par la présence des vaisseaux volumineux qui descendent dans le septum.

Nous avons dans certains cas compté jusqu'à douze ligatures sur des veines du volume d'un crayon. Ce temps demande à être pratiqué avec le soin le plus attentif. On progresse ainsi de la superficie vers la profondeur en taillant les lambeaux selon le contour préalablement tracé. Et peu à peu on arrive à la fin de l'amputation de la tumeur.

Une légère inclinaison de la table la fait basculer dans un seau prêt à la recevoir.

5° temps. — On renouvelle les champs abondamment imbibés de lymphes — plusieurs centaines de centimètres cubes se sont écoulés au cours de l'opération. On lave à l'éther les lambeaux scrotaux et l'on parfait l'hémostase s'il en est besoin. Puis après avoir « essayé les lambeaux » (à ce moment le fil de soie passé dans le raphé à la partie postérieure se montre très utile) et après les avoir retouchés si nécessaire, on procède aux sutures.

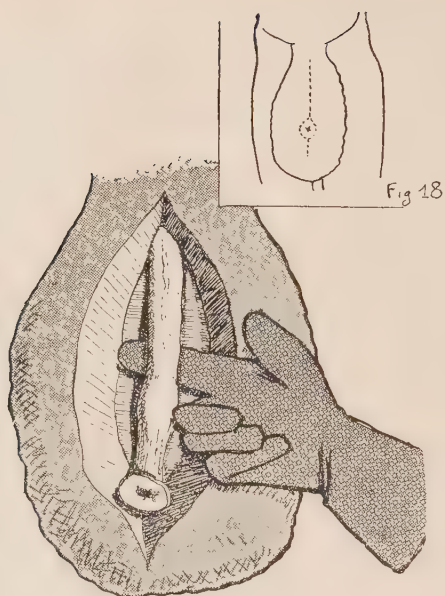
On commence par celles du scrotum en arrière (Fig. 21).

C'est un temps très long qui demande beaucoup de minutie si l'on veut obtenir un affrontement parfait.

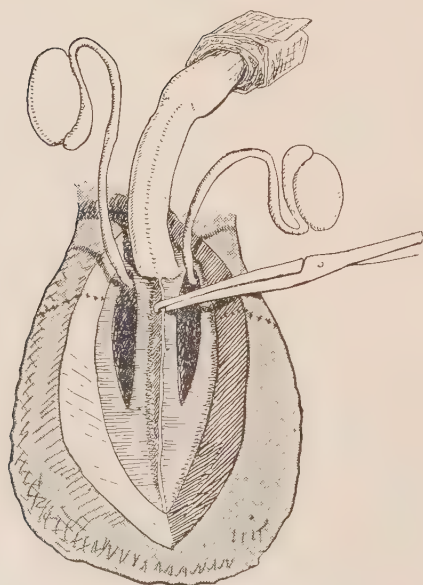
En allant ainsi d'arrière en avant, on arrive à la racine de la verge.

A ce moment, on engaine la verge dans son fourreau préputial et une couronne de sutures la fixe à la partie supérieure du scrotum (Fig. 22). Il va sans dire que cette suture est précédée d'un nettoyage à l'éther (la teinture d'iode est trop caustique pour cette muqueuse).

L'opération a duré à peine une heure, les trois quarts du temps étant pris par l'hémostase et les sutures, soixante points et plus même.



D'après ASSALI.
FIGURE 19



D'après ASSALI.
FIGURE 20

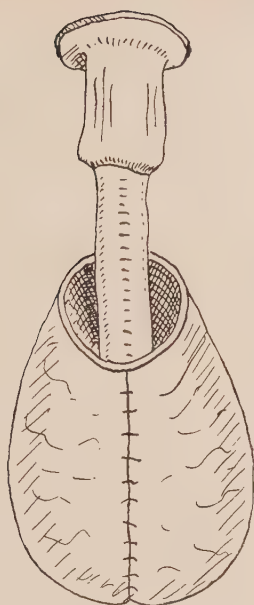


FIGURE 21

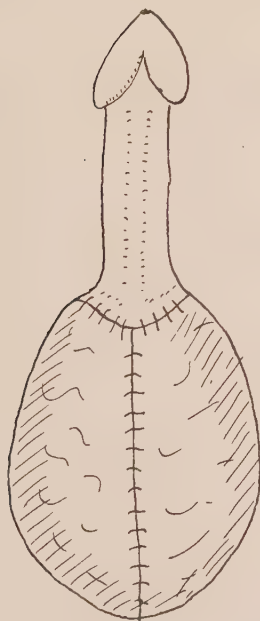


FIGURE 22

D'après ASSALI.

ÉLÉPHANTIASIS DE LA VERGE

L'éléphantiasis de la verge sans éléphantiasis du scrotum est rare.

Comme nous l'avons vu au chapitre de l'anatomo-pathologie, le processus éléphantiasique intéresse le fourreau et l'aponévrose qui recouvre les corps caverneux et l'urèthre, mais respecte les corps eux-mêmes et l'urèthre. Cependant, l'adhérence est intime et c'est une véritable dissection qu'il faut réaliser. On court le risque de blesser soit l'urèthre, soit les corps caverneux.

D'autre part, les tissus pathologiques ayant été enlevés, il reste une verge à nu qu'il faut recouvrir par un lambeau autoplastique.

1^{er} temps. — L'incision partie du pubis circonscrit l'orifice par où se fait la miction. A la partie supérieure de l'incision, là où les tissus sont souples et sains, les lèvres de la plaie sont écartées et l'index introduit en crochet va chercher la verge.

En allant de haut en bas, on arrive ainsi à dégager la verge en la sculptant, car elle adhère intimement. On parvient ainsi, après avoir libéré le corps de la verge, à découvrir le gland qui, lui, est libre. Il ne reste plus qu'à habiller la verge avec un lambeau autoplastique pris sur le pubis.

Voici le résumé d'une observation inédite du Prof. KONDOLEON :

P. Z..., 73 ans, originaire de Céphalonie.

Éléphantiasis de la verge à la suite d'érysipèle à répétition. Aponevrectomie et opération plastique. Amélioration considérable et persistante.

Dans certains cas, le feuillet muqueux du prépuce ayant conservé sa souplesse (éléphantiasis du prépuce où la muqueuse est respectée) on peut utiliser l'artifice de LEMOINÉ, SANNER, ASSALI.

En voici un exemple :

OBSERVATION PROF. LEMORMANT (inédite).

Eléphantiasis de la verge chez un sujet algérien M... D..., âgé de 18 ans, entré le 18 janvier 1923, hypertrophie énorme du prépuce remontant à l'enfance.

Le malade a eu récemment un chancre mou et présenté encore dans l'aîne gauche les restes d'un bubon qui a été ponctionné.

Op. — Chloroforme.

Réséction de toute la partie hypertrophiée de la peau, hémorragie modérée. L'excrèse terminée, la partie antérieure de la verge et le gland sont largement découverts. Le feuillet muqueux du prépuce qui a été conservé et fendu sur la ligne médiane dorsale est retourné. La peau recouvrant la partie postérieure de la verge est suffisamment mobile pour être amenée au contact du prépuce retourné. On suture l'un à l'autre par une couronne de points au fil de lin et le fourreau de la verge se trouve ainsi reconstitué.

ÉLÉPHANTIASIS DU SCROTUM ET DE LA VERGE

Il existe ici une tumeur scrotale et une tumeur pénienne.

Les méthodes précédentes en s'adoptant aux cas d'espèce seront encore utilisées.

On peut employer soit la méthode de GLYOMARCH, avec verge enfouie, soit la méthode de LEMOINE, SANNER, ASSALI, dans les cas où la muqueuse est souple.

RÉSUMÉ d'une observation inédite du Prof. KONTOLEON.

D. M..., 40 ans, de Crète. Eléphantiasis de la verge et du scrotum. Début 4 mois auparavant. Œdème important et dur.

Phimosis. Seule la verge a été opérée.

Aponévrectomie et opération plastique pour la suppression du phimosis en deux temps. L'œdème diminue sensiblement et la verge reprend sa forme normale.

ÉLÉPHANTIASIS DU SCROTUM ET HYDROCÈLE

Au cours de l'intervention on peut, lors du dégagement du testicule et du cordon, trouver une hydrocèle.

Après section du gubernaculum testis, on pratiquera, soit une résection de la vaginale avec surjet hémostatique au catgut à points passés sur la tranche réséquée, soit un retournement de la vaginale.

On continuera ensuite l'intervention comme précédemment décrit.

ÉLÉPHANTIASIS DU SCROTUM ET HERNIE

Lors de l'examen d'un éléphantiasis du scrotum, il faut systématiquement rechercher l'existence d'une hernie inguinale. Si on en trouve une, il faudra d'abord en faire la cure et remettre à plus tard l'intervention sur l'éléphantiasis.

En cas de doute, lorsqu'on se prépare à opérer un éléphantiasis, on fait une incision inguinale, permettant d'explorer le cordon ; s'il existe une hernie, on la traite et on ne va pas plus loin.

Sinon, on referme l'incision inguinale et on opère suivant les techniques proposées.

RÉSULTATS. — Le traitement chirurgical de l'éléphantiasis du scrotum et de la verge donne des résultats pleinement satisfaisants, beaucoup plus satisfaisants que celui de l'éléphantiasis des membres.

MORTALITÉ OPÉRATOIRE. — C'est une opération bénigne dont la mortalité opératoire devrait être réduite à zéro.

A la période historique. — Osgood en Chine a perdu un opéré sur 60.

FEYER, à Calcutta, a eu 18 % de cas de mortalité sur 193 interventions.

Patrick MANSON a eu deux décès sur 61 cas.

OUZILLEAU, en 1913, opérant dans des conditions extrêmement précaires a enregistré 4 décès sur 182 cas.

Actuellement. — CLOITRE en 1928 a perdu un malade (broncho-pneumonie) sur 176 opérés.

P. DELOM, dans les années 1934-1935 au M'Bomou, a pratiqué 241 interventions sans perdre de malades.

RÉSULTATS FONCTIONNELS. — Ils sont excellents et généralement meilleurs dans l'éléphantiasis du scrotum que dans l'éléphantiasis de la verge.

Les malades sont reconnaissants au médecin qui les débarrasse de ces effroyables tumeurs et leur rend leur activité physique et leurs possibilités sexuelles, car cette affection frappe l'indigène à l'âge adulte et on sait qu'il conserve à la fois un bon état général, et un sens génésique intact.

RÉCIDIVES. — Dans les cas où l'opération n'a pu enlever la totalité des tissus atteints, des récidives peuvent survenir.

A ce propos les auteurs insistent sur l'intérêt qu'il y a d'attendre que l'éléphantiasis du scrotum soit « mûr », c'est-à-dire que les poussées infectieuses aient disparu. Une opération prématurée serait presque fatalement suivie de récidive.

Traitement chirurgical de l'éléphantiasis vulvaire

Traitement préopératoire

Comme dans tout éléphantiasis, s'il existe de l'infection locale, il faudra la faire disparaître et n'opérer qu'à ce moment.

L'éléphantiasis vulvaire est certainement l'éléphantiasis le plus difficile à désinfecter et les interventions sont rarement aseptiques. Néanmoins on s'efforcera par des moyens multiples, repos au lit, air chaud, rayons ultraviolets, etc., d'obtenir la plus grande asepsie possible.

Eléphantiasis d'une grande lèvre

On procèdera très simplement à l'exérèse complète de la grande lèvre en l'excisant comme une tumeur bénigne. On aura soin d'enlever tout le tissu éléphantiasique et on suturera les bords de l'incision (en ayant soin dans nombre de cas de placer tout au moins un drainage filiforme sinon plus à notre avis).

OBSERVATION inédite PROF. LENORMANT.

T. H... 30 ans, opérée le 27 novembre 1925 (D^r MOURE). Eléphantiasis de la grande lèvre gauche. Ether. Excision large de toute la grande lèvre et d'une partie de la petite lèvre. Hémostase. Fermeture partielle.

La tumeur est composée d'une masse infiltrée. Inoculation à deux cobayes (fragments sous la peau).

Pièce conservée.

Eléphantiasis des deux grandes lèvres

On pratique alors la vulvectomie.

Technique de la vulvectomie. — L'incision part de la face interne de la base du pédicule, contourne celui-ci jusqu'au point de départ. L'ablation des masses tumorales est facile. L'hémostase peut être réalisée au préalable par l'application de champs sur le pédicule immédiatement après l'incision de la peau, ou bien l'hémostase peut être faite au moyen de pinces hémostatiques ordinaires, au cours de l'intervention au fur et à mesure que l'on va coupant les tissus.

La tumeur étant extirpée il reste sur la zone de son implantation une surface en forme d'U renversé dont les bords sont cousus de manière à reconstituer autant que possible sa configuration normale. Parfois on est obligé d'amputer en bloc les grandes lèvres, les petites lèvres et le clitoris. Les suites opératoires sont régulières et sans complications importantes. La cicatrisation ne se fait que rarement per primam, fait bien compréhensible dès que l'on considère les mauvaises conditions de vitalité des tissus suturés et la difficulté de conserver la région en bonnes conditions hygiéniques.

De toutes façons il faudra associer une thérapeutique spécifique appropriée.

OBSERVATION MARCONDES DE MOURA

RÉSUMÉ. — L. C..., négresse brésilienne de 32 ans, veuve, vient consulter le 25 février 1929 pour volumineuse tumeur siégeant au niveau des organes génitaux externes. Elle raconte que cette tumeur a commencé à se former vers 1927 sans cause apparente, à peine nota-t-elle que quelque temps avant elle avait eu à la région une petite saillie ressemblant à un clou. Celle-ci se transforma plus tard en une plaie de petites dimensions.

Elle ne se rappelle pas si elle a eu de la fièvre à cette occasion.

Elle se traita avec des pommades et des applications banales.

La maladie débuta par un gonflement peu prononcé légèrement douloureux qui céda pendant quelques jours, pour recommencer de nouveau à grandir.

Depuis lors le volume de la tumeur a augmenté lentement et progressivement jusqu'à atteindre la grandeur actuelle.

L'examen montre les organes génitaux externes évalés par une grande tumeur bilobée, suspendue par un pédicule qui se continue avec la peau de la région pubienne et des cuisses, recouvrant toute la région vulvo-anale.

Ces deux lobes latéraux formés aux dépens des grandes lèvres sont inégaux en grandeur.

Le gauche, bien plus grand, atteint le volume d'une tête d'adulte.

Leur surface est irrégulière et pleine d'élévations mamiloïdes, disséminées, de grandeur variée, ne manquant que sur la portion confinant au pubis.

En écartant les deux lobes qui se juxtaposent sur la ligne médiane par deux surfaces planes relativement lisses et humides, on voit au fond l'orifice vaginal sur lequel les petites lèvres de dimensions très réduites s'insèrent de chaque côté.

Une grande partie de la région périnéale se présente dépigmentée, le toucher vaginal qui se fait avec difficulté nous indique un corps utérin volumineux, mobile, indolent, en antéverso-flexion. Les annexes ne sont pas palpables.

Rien à signaler de notable dans l'interrogatoire ni dans l'examen somatique de la malade.

Les examens de laboratoire ont montré un peu d'albumine dans les urines, mais tous les autres examens sont négatifs, en particulier le B. W., l'intradermoréaction de Mantoux, et la recherche de microfilaires dans le sang.

Opération. — Le 26 février 1929, par le D^r AYRES-NETTO, assisté du D^r MARCONDES DE MOURA.

Anesthésie rachidienne à la stovaïne, incision de la base du pédicule. Hémorragie abondante, artérielle et veineuse.

Pincement des vaisseaux saignants et ligature au catgut. Ablation des masses tumorales. Suture de la surface cruentée par rapprochement des bords cutanés, avec points séparés à la soie.

Suites opératoires. — Apyrétique. Légère céphalée au deuxième jour, conséquence de la rachianesthésie disparue au 3^e jour. Quelques points de la suture rompus. Introduction d'une sonde vésicale permanente. Cicatrisation d'une partie de la plaie par deuxième intervention. Sort guérie le 13 mars.

OBSERVATION DELANGE

RÉSUMÉ. — M^{me} E..., 30 ans, entre le 4 février 1929, à l'Hôpital Pasteur, du Havre.

Aurait eu une périlonite tuberculeuse avec ascite et des adénites froides sous-maxillaires dans son enfance. En 1924, aurait eu une éruption suspecte qui la fait traiter par des injections de novar (a eu un B. W. dont on ignore les résultats).

En 1925, hypertrophie vulvaire apparente. Il y eût d'abord apparition sur la petite lèvre gauche d'une saillie indolore du volume d'une noisette survenue de façon insidieuse sans ulcération ni érosion préalable. La malade, ne souffrant plus, n'y attache aucune importance. Cependant, l'accroissement s'opérait lentement.

Mais ce n'est qu'à partir de juin 1928 que la tuméfaction devint rapidement envahissante et s'étendit à toute la vulve sans phénomènes douloureux, sans troubles du coït, de la miction ou de la défécation.

La malade éprouvait seulement une gêne de la marche, mais continuait encore son travail et s'imposait tous les jours, sans douleur ni grande fatigue, une course de 20 km. environ à bicyclette.

Devant l'augmentation croissante de la tumeur, Mme E... se décide à entrer à l'hôpital.

Examen local. — La région vulvaire est considérablement déformée. La vulve offre à la vue au premier abord une tumeur médiane comme pédiculée, tombant au-devant de l'orifice anal.

Cette tumeur est piriforme, à grosse extrémité inférieure et présente dans ses plus grandes dimensions 13 cm. de longueur sur 9 cm. de largeur.

Sa consistance est dure, égale dans toute son étendue.

Elle est insensible au toucher ou même à une pression plus forte. Si on la soulève et si on l'examine avec soin, on reconnaît qu'elle se continue avec la petite lèvre gauche dans toute son étendue dont elle est évidemment une prolongation.

Cette base étendue en hauteur n'a pas plus d'1 cm. d'épaisseur. Les grandes lèvres sont considérablement tuméfiées, plus que triplées de volume. Toutes deux sont d'une couleur pâle, avec un aspect bleuâtre, élastiques, indolores. La peau qui les recouvre est saine et mobile et présente des stries analogues aux vergetures.

Le clitoris atteint le volume d'un pouce d'adulte.

On ne remarque aucune ulcération.

Il n'existe pas de ganglions inguino-cruraux.

Il n'y a pas de fistule ni de rétrécissement ano-rectal.

L'examen gynécologique est négatif.

L'examen général montre la présence d'un foyer de râles humides, surtout perceptibles en avant, sous la clavicule. La malade a eu sa première hémoptysie pendant son séjour à l'hôpital.

Amaigrissement sensible.

Rien par ailleurs.

Opérée le 21 février 1929. Extirpation totale de la tumeur pédiculée et des grandes lèvres. Suture primitive aux crins.

Depuis, la malade est soumise à un traitement spécifique et nous n'avons observé aucune récurrence.

WITHERSPOON (Oxon) et E. M. MAC FETRIDGE (New-Orléans) ont opéré vingt malades atteintes d'éléphantiasis vulvaire.

Deux cas furent traités par l'ablation unilatérale des grandes lèvres.

Dix-huit cas furent traités par une vulvectomie plus ou moins complète (Sept fois le clitoris fut excisé en même temps que les lèvres).

Les résultats furent bons dans l'ensemble, mais deux malades moururent : l'une de myocardite aiguë, la deuxième de péritonite pelvienne au vingtième jour.

Drainage des grandes lèvres

A côté de l'amputation des grandes lèvres, quelques auteurs s'inspirant des méthodes de drainage des membres, ont réalisé le drainage des grandes lèvres.

DRAINAGE TYPE HANDLEY

OBSERVATION René COHEN (*Thèse Paris, 1930, p. 198.*)

Eléphantiasis de la vulve. — Drainage type Handley

RÉSUMÉ. — Il s'agit d'un éléphantiasis vulvaire apparu au 6^e mois d'une grossesse sans poussées aiguës ou subaiguës, mais se développant par l'accroissement d'un œdème légèrement inflammatoire.

Le tout chez une femme ne présentant aucun antécédent vénérien. Accouchement le 16 octobre 1929 (D^r CANONNE).

Accouchement très difficile en raison de l'éléphantiasis qui nécessite une épisiotomie. Le siège (siège complet) s'accouche, mais l'accouchement des épaules est dystocique, d'autant plus qu'un bras s'est relevé. La manœuvre de Mauriceau est impossible, la bouche étant inaccessible. On termine par un forceps sur tête dernière.

L'enfant naît en état de mort apparente, il est ranimé au bout de 45 minutes, il ne présente aucune malformation.

Le 28 octobre. — Bon état général. Pas de complications infec-

tieuses. L'éléphantiasis vulvaire est stationnaire avec peut-être une légère augmentation. La couleur rouge persiste à la partie inférieure, mais la malade ne souffre pas et n'a pas présenté de poussées inflammatoires.

Le 9 novembre. — La malade est remise de son accouchement et allaite normalement son enfant.

Localement, l'œdème a disparu, et il semble que tout processus inflammatoire ait cessé ; la zone rouge et molle que l'on constatait à la fin de la grossesse a maintenant la même consistance élastique et éléphantiasique que le reste des grandes lèvres ; elle est restée lisse. La cicatrice d'épisiotomie qui semblait pourtant siéger en tissus sains, s'est disjointe et a donné lieu à une ulcération de 1 cm. de large environ, ulcération atone, de couleur grisâtre, à fond régulier, un peu bosselé cependant par places, à bords épais, linéaires à base infiltrée.

En raison de cette ulcération, on diffère toute intervention jusqu'à cicatrisation et l'on prescrit des lavages au Dakin suivis de poufrage au Dermatol.

Le 16 décembre 1929. — L'ulcération est complètement cicatrisée, l'éléphantiasis est stationnaire.

Le 23 décembre. — Intervention (D^r DE GAUDART D'ALLAINES).

Anesthésie à l'éther, drainage bilatéral à la Handley, incision à la base de chacune des grandes lèvres éléphantiasiques, incision dans la région inguinale droite, enfin dans la fosse iliaque droite.

Un fil de lin est introduit par chacune des incisions vulvaires, attiré vers l'incision de la fosse iliaque où ils sont fixés à l'aponévrose du Grand oblique.

Suture des plans superficiels.

Suites opératoires normales.

Voici un autre genre de drainage qui rappelle le drainage type OPPEL ROZANOV que nous étudierons plus loin au chapitre du traitement chirurgical de l'éléphantiasis des membres.

DRAINAGE DE LA VULVE PAR LE PROCÉDÉ DE DIMITRIU (Spitalul An L, n° 3, mars 1930).

DIMITRIU ayant été frappé de la difficulté de réaliser une chirurgie aseptique au niveau des organes génitaux féminins, a imaginé un procédé de drainage qui permet de travailler en dehors des téguments du périnée qui reste isolé pendant toute l'opération.

Ce procédé consiste essentiellement à préparer un lam-

beau taillé au niveau du muscle grand adducteur ou fessier. Ce lambeau restant inséré par une de ses extrémités est libre par l'autre. On l'introduit dans un tunnel sous-cutané et on le fixe dans la tumeur éléphantiasique.

1° Procédé de drainage par le muscle grand adducteur.

Ce procédé convient à l'éléphantiasis limité à la vulve.

La malade est placée en position gynécologique.

On prépare le champ opératoire en dégagant la vulve et la face interne de la cuisse correspondant au côté de la lésion éléphantiasique.

Puis on pratique une incision s'étendant depuis un point situé à un centimètre au-dessous de la partie antérieure de l'ischion et se dirigeant vers le condyle fémoral interne, c'est-à-dire dans la direction des fibres du grand adducteur. L'incision a une longueur de 12 à 14 cm.

Après séparation de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, on incise l'aponévrose d'enveloppe du muscle grand adducteur ; on dégage une bandelette musculaire épaisse d'un centimètre, large de deux. Ce faisceau reste inséré sur l'ischion.

Dans l'angle interne de la plaie, au moyen d'une pince longuette, ou d'une paire de ciseaux manœuvrée en dilacérant, on creuse un tunnel sous-cutané pénétrant dans la tumeur éléphantiasique suivant une direction perpendiculaire à l'axe du périnée.

Dans le fond du tunnel on va fixer un gros catgut à l'aponévrose au moyen d'une aiguille de REVERDIN.

On charge alors l'extrémité libre du lambeau musculaire, avec ce même catgut. On insinue le lambeau dans le tunnel et on noue le catgut.

L'installation du drainage est terminée.

On suture l'aponévrose laissant seulement libre la place par laquelle passe le faisceau musculaire.

On ferme la peau.

Si on veut faire une intervention bilatérale, on peut

fixer ces faisceaux sur la partie latérale du vagin, c'est-à-dire sur le releveur de l'anus.

On peut aussi exécuter cette intervention en prenant un faisceau du droit interne ou du moyen adducteur, mais le grand est préférable.

2° *Procédé fessier.*

Il s'adresse aux éléphantiasis de la région ano-vulvaire dus à une rectite sténosante.

Le malade est placé à plat ventre. L'intervention étant généralement pratiquée sur les deux fessiers.

L'incision part d'un point situé à deux travers de doigt en dehors de la crête sacrée et se termine sur la ligne continuant le bord postérieur de la crête trochantérienne (à deux travers de doigt au-dessous de celle-ci).

L'incision sépare la peau et le tissu cellulaire puis expose le muscle.

A ce moment le long des fibres inférieures du grand fessier on sépare un fascicule épais d'un centimètre, large de trois. Ce fascicule est sectionné perpendiculairement au sens des fibres du côté de l'insertion trochantérienne.

On dégage ainsi ce lambeau musculaire qui reste inséré au niveau de la région sacrée.

Dans ces manœuvres il faut prendre garde au sciatique.

De l'angle interne de l'incision, se dirigeant vers le périnée avec la pointe d'un ciseau courbe on pratique un tunnel sous-cutané traversant la fosse ischio-rectale, allant à l'ischion.

Dans le fond de ce tunnel avec une aiguille de REVERDIN on répète la même manœuvre que celle pratiquée dans le cas précédent.

On amarre aussi au moyen d'un catgut le fascicule fessier qui drainera la tumeur éléphantiasique. Il faut veiller à ce que le faisceau fessier ne fasse pas un angle plus grand que 45° quand il est fixé dans sa nouvelle place.

DIMITRIU a utilisé une fois le procédé du grand adducteur et obtenu une grande amélioration des lésions.

Traitement chirurgical de l'éléphantiasis du sein

Cette localisation est assez rare.

L'acte chirurgical consiste à pratiquer une mammectomie simple.

Suture sans drainage.

Le point important est de pratiquer l'intervention en dehors d'une poussée inflammatoire.

Traitement chirurgical des éléphantiasis des zones cutanées limitées

Il est assez fréquent de rencontrer des éléphantiasis intéressant des zones cutanées limitées.

On peut les voir au niveau des cuisses (MANSON) au niveau des aines (CORNEY, DANIELS), au niveau du cou (SILCOK).

Ces tumeurs plus ou moins pédiculées peuvent avoir encore comme localisation, le nez, les paupières, le cuir chevelu, le lobule de l'oreille.

La nature éléphantiasique de ces tumeurs a pu être discutée, mais il n'en est pas moins vrai qu'il en existe des cas authentiques ainsi que l'a établi DARIER.

Le traitement chirurgical est extrêmement simple : il consiste à les extirper.

Traitement chirurgical de l'éléphantiasis des membres

Deux méthodes se proposent de traiter l'éléphantiasis des membres.

La méthode du drainage superficiel : procédé de HANDLEY, et procédé de WALTHER.

La méthode de drainage profond : procédé de LANZ et dérivés, procédé de KONDOLÉON et dérivés.

Soins pré-opératoires. — Nous ne reviendrons pas sur la nécessité de désinfecter soigneusement les téguments éléphantiasiques avant toute intervention.

En cas de localisation au niveau des membres inférieurs, on exigera au moins dix jours de lit, davantage s'il existe des ulcérations, qu'il faudra cicatriser, on nettoiera soigneusement les replis des bourrelets éléphantiasiques.

Le membre sera maintenu sur un plan surélevé par rapport à celui du lit, on pratiquera des massages légers.

La peau étant nette, l'éléphantiasis pourra être opéré.

Au niveau du membre supérieur, il sera bon, en plus des soins généraux et locaux, de faire reposer les membres en abduction sur une attelle genre appareil de POUQUEN.

Méthodes de drainage superficiel

DRAINAGE SUPERFICIEL PAR LE PROCÉDÉ DE HANDLEY

C'est en 1908 qu'HANDLEY eut l'idée d'appliquer cette méthode. Elle consiste essentiellement à drainer la lymphe du tissu cellulaire sous-cutané pathologique, vers

le tissu cellulaire sous-cutané sain sus-jacent. HANDLEY utilisait pour cela de gros fils de soie. Il a donné à cette méthode le nom de lymphangioplastie.

Il l'appliqua à la fois à des éléphantiasis du membre supérieur consécutif à l'ablation d'un cancer du sein avec curage ganglionnaire et à des éléphantiasis du membre inférieur.

Technique. — Elle est extrêmement simple.

On utilise des fils de soie n° 6 ou n° 8 d'une longueur variable (20 à 30 cm. en moyenne).

Au niveau du membre supérieur ils sont conduits de la partie moyenne du bras pathologique dans l'aisselle correspondante qui est perméable.

On réalise cela au moyen de trois petites incisions genre boutonnière, faites dans le tissu cellulaire sous-cutané : une supérieure dans l'aisselle, une inférieure à la partie moyenne du bras, une intermédiaire.

On fait cheminer une pince longuette de l'incision moyenne vers l'incision inférieure qui se trouve en tissu pathologique ; cette pince saisit une extrémité du fil de soie qu'elle tire jusqu'à l'ouverture moyenne.

La pince longuette étant introduite dans la boutonnière supérieure située en zone saine, va ressortir au niveau de l'incision moyenne où elle saisit le fil de soie.

Celui-ci est alors tiré jusqu'à l'incision supérieure, il est alors situé en plein tissu cellulaire sous-cutané et draine la région pathologique.

Les incisions sont fermées par quelques crins.

On place généralement, par une manœuvre, quatre ou cinq fils ensemble au lieu d'un fil, et on installe deux ou trois systèmes de drainage.

Au niveau du membre inférieur, les fils de soie sont conduits du tissu cellulaire sous-cutané de la partie supérieure de la cuisse, dans le tissu cellulaire sous-cutané abdominal qui est sain.

Voici un certain nombre d'observations résumées d'opérations type HANDLEY, que nous empruntons à LEFEBVRE :

OBSERVATION I (HANDLEY)

Femme de 56 ans. Opérée de carcinome du sein en 1894. En 1905, augmentation de volume du bras.

Le 1^{er} février 1908, un certain nombre de soies sont enfouies, allant du poignet au tissu lâche de la paroi thoracique. Diminution rapide et importante du bras.

Mensuration

	6 février	24 février
Avant-bras, sous le coude	8 pouces 1/2	7 pouces 3/8
Bras	11 pouces	9 pouces 3/4

OBSERVATION II (HANDLEY)

Femme. Cas récent. Diminution notable dès le lendemain de l'opération.

OBSERVATION III (HANDLEY)

Homme de 46 ans. Eléphantiasis du membre inférieur gauche depuis 1895.

Le 18 avril 1908, pose de fils de soie allant du pied à la fosse iliaque. Dès le lendemain, diminution importante. Le mollet a diminué au 9^e jour de 24 pouces 1/2 à 17 pouces.

Mais accidents d'infection (antiseptiques et vaccination).

Nouvelle lymphangioplastie le 17 octobre 1908.

Mensuration

	14 octobre	27 octobre
Au-dessus du cou-de-pied	21 3/4	13 1/2
Sous le genou	25 3/8	17
A 9 pouces au-dessus du genou	24 3/4	21 1/2

OBSERVATION IV (CLARKE)

Lymphangioplastie. Réduction du gonflement.

OBSERVATION V (DRAUDT et LEXER)

Eléphantiasis de la jambe sur un terrain variqueux.

Pose de 7 fils de soie. Diminution de 8 à 10 cm. trois semaines après. Léver : persistance de la diminution encore accrue de 3 cm.

OBSERVATION VI (DRAUDT et LEXER)

Eléphantiasis de la jambe gauche, pénis et scrotum déjà traités par ligatures de l'artère et excision de la peau. Pose de fils de soie allant de la partie inférieure de la jambe à la fosse iliaque.

En 9 jours diminution de 8 cm., malgré l'ablation d'une partie des fils.

OBSERVATION VII (GOEBELL)

Eléphantiasis de la cuisse à la suite d'érysipèle de la peau.

Pose de 4 fils en décembre 1909 avec diminution de volume par endroits, par exemple sous le genou où la circonférence tombe de 32 cm. 5 à 20 cm.

Cette amélioration ne persiste pas. En février 1910, pose de 11 fils de soie paraffinée ; 4 fils s'éliminent.

Pas d'amélioration, ni objective, ni subjective peut-être due à l'ancienneté de l'infiltration.

OBSERVATION VIII (GOEBELL)

Eléphantiasis du bras à la suite d'une récurrence de néoplasme du sein. Pose de fils de soie de la main à la fossette de Morenheim. Résultat absolument négatif.

OBSERVATION IX (GAMGÉE)

Lymphangioplastie. Amélioration des troubles douloureux. Pas de diminution de l'œdème.

OBSERVATION X (GAMGÉE)

Lymphangioplastie. Diminution des douleurs sans diminution de l'infiltration.

OBSERVATION XI (LAMERIS)

Eléphantiasis Opération de HANDLEY. Récidive un an 1/2 après.

OBSERVATION XII (LAMERIS)

Eléphantiasis. Opération de HANDLEY. Récidive deux ans après.

OBSERVATION XIII (DE AHNA)

Femme de 24 ans. Eléphantiasis volumineux des jambes depuis le jeune âge. Pose de 3 fils de soie. Amélioration persistante 9 mois

après. Résultat satisfaisant avec diminution de volume de 8 cm. à la cuisse.

OBSERVATION XIV (REKETOR, BILIM, KOLOSOWSKI)

Opérations d'HANDLEY. Résultats satisfaisants.

OBSERVATION XV (REKETOR, BILIM, KOLOSOWSKI)

Opérations d'HANDLEY. Résultats satisfaisants.

OBSERVATION XVI (MADEN, IBRAHIM, FERGUSON)

Homme de 25 ans. Eléphantiasis marqué de la jambe droite. Filaires dans le sang.

Lymphangioplastie le 14 mai 1910. Diminution considérable, ensuite le membre reprend le volume qu'il avait avant l'intervention.

OBSERVATION XVII (MADEN, IBRAHIM, FERGUSON)

Homme de 70 ans. Eléphantiasis jambe gauche. Pas de filaires. Opération le 14 mai 1910. Diminution temporaire puis retour à l'hypertrophie.

OBSERVATION XVIII (MADEN, IBRAHIM, FERGUSON)

Homme de 18 ans. Eléphantiasis jambe gauche. Pas de filaires. Opération le 2 juillet 1910. Amélioration immédiate, mais malade non revu.

OBSERVATION XIX (MADEN, IBRAHIM, FERGUSON)

Homme de 22 ans. Pas de filaires. Opéré le 9 juillet 1910.

Mensuration

	Avant	Après
Pied	26	25,9
Mollet	42,6	35
Genou	44,4	39,4
Cuisse	42,2	42,5

Cinq semaines après, même état qu'avant l'intervention.

OBSERVATION XX (MADEN, IBRAHIM, FERGUSON)

Homme de 25 ans. Eléphantiasis jambe gauche. Pas de filaires. Opération août 1910. Diminution de 5 cm., puis retour à l'état antérieur.

OBSERVATION XXI (MADEN, IBRAHIM, FERGUSON)

Homme de 32 ans. Opération octobre 1910. Amélioration temporaire et retour des accidents.

OBSERVATION XXII (SYMES)

Femme de 60 ans. Opération de cancer du sein le 12 janvier 1910. 3 ans après, œdème du bras et de l'avant-bras. En mai 1912, opération d'HANDLEY (deux anses de soie, face antérieure et postérieure). Résultat entièrement décevant.

OBSERVATION XXIII (COURTIN)

Eléphantiasis du membre inférieur consécutif à des poussées de lymphangite. Pose de séries de fils de soie n° 4 sous la peau de la jambe et de la cuisse ; un certain degré d'amélioration ; malade non revu.

OBSERVATION XXIV (GUYOT)

Femme de 47 ans. Début des accidents à 30 ans par augmentation de volume du membre inférieur gauche, d'abord temporaire puis permanent ; pied peu augmenté de volume.

Le 20 février 1913, incision de la jambe avec légère diminution de volume.

Le 4 mars, mise en place de 5 gros fils de soie n° 7, 2 de la malléole externe, 2 de la malléole interne, 1 à la face antérieure de la jambe, jusqu'à la partie latérale gauche de la paroi abdominale où ils sont étalés en éventail.

Le passage des fils se fait grâce à de petites incisions permettant l'introduction dans les tissus d'une longue pince à corps étranger de l'œsophage (modèle Collin) cheminant à la face profonde du tissu cellulaire sous-cutané, ressortant par l'incision sous-jacente et ramenant les fils de soie saisis dans ses mors. Réunion per primam, le 14 mars diminution très sensible, peau flasque, marche possible.

Mensurations

	1 ^{er} février	Apr. qq. jours	13 avril
1/3 inférieur jambe	51	48	41
1/3 supérieur cuisse		66	66

OBSERVATION XXV (MANTELLI)

Soldat atteint d'œdème du pied et du cou-de-pied après contusion de la face dorsale du pied par schrapnell, sans plaie, 6 mois auparavant.

Introduction dans le tissu cellulaire sous-cutané de fils de soie ; beau succès immédiat.

OBSERVATION XXVI (GUTIERREZ)

Peu après une opération avec curage de l'aisselle pour cancer du sein, volumineux œdème du bras avec impotence fonctionnelle et douleurs vives.

Amélioration très passagère et retour rapide de l'œdème et des douleurs.

CRITIQUE DES RÉSULTATS OBTENUS PAR
L'OPÉRATION DE HANDLEY

Nous citons textuellement l'analyse et la critique des résultats qu'en a fait LEFEBVRE :

Que pouvons-nous conclure de ces 26 cas ?

1° Pas de restitution ad-integrum, immédiate ou tardive.

2° Le plus souvent amélioration immédiate manifeste se traduisant par :

Diminution importante de la circonférence du membre à ses divers niveaux ;

Le peau devient flasque comme un habit trop long, elle se ride, les mouvements du membre sont plus aisés et les troubles douloureux atténués.

Nous avons pu relever 22 fois cette amélioration immédiate.

Les échecs d'emblée sont rares et nous ne les trouvons que dans 4 cas.

3° L'amélioration est loin de durer :

Les récidives plus ou moins rapides de quelques mois à deux ans sont au nombre de 12.

En y ajoutant les échecs immédiats — 16 opérations inutiles.

Si nous précisons et ne tenons compte que des cas observés à une certaine distance de l'intervention, cas au nombre de 12, nous voyons 11 récidives, et un seul cas d'amélioration maintenue après 9 mois (cas de DE AHNA).

L'opération d'HANDLEY qu'elle soit pratiquée au membre supérieur pour stase lymphatique consécutive à l'ablation des ganglions de l'aisselle dans le cancer du sein, ou bien au membre inférieur pour éléphantiasis et œdème chronique, si elle peut amener souvent une amélioration immédiate est profondément insuffisante si l'on envisage le maintien de cette amélioration.

C'est là d'ailleurs l'opinion de MADDEN, IBRAHIM et FERGUSSON, ainsi que celles de SYMES. MADDEN, IBRAHIM et FERGUSSON trouvant la raison de cet échec dans le travail de réaction qui s'effectue autour des fils de soie laissés à demeure dans les tissus.

Ces modifications réactionnelles des tissus autour des fils isolent et oblitèrent les nouveaux canaux lymphatiques néoformés ; de 14 à 21 jours après la pose des fils, il se forme autour d'eux un tissu dense, fibreux et progressivement rétractile ; le fil est plus tard pénétré par des rangées de cellules qui constituent une colonne de tissu fibreux dense, lequel est incapable de servir de guide à la dérivation des liquides de stase.

DRAINAGE SUPERFICIEL PAR LA MÉTHODE DE WALTHER

Elle se différencie de la méthode de HANDLEY par les points suivants :

- 1° Elle utilise des drains de caoutchouc.
- 2° Alors que la partie centrale du drain est superficielle, située dans le tissu cellulaire sous-cutané, les deux extrémités du drain perforent l'aponévrose d'enveloppe du membre et baignent donc dans la région profonde.

Technique. — Nous empruntons ces détails à la Thèse de FRANÇOIS-JULLIEN (Thèse Paris 1919) :

On fait une incision à la face antéro externe de la cuisse au niveau du sommet du triangle de SCARPA.

On y introduit un trocart de CHASSAGNAC qu'on peut faire remonter facilement dans le tissu cellulaire sous cutané aussi loin qu'on veut, au delà du pli inguinal en faisant passer le trocart au devant de l'arcade crurale jusque dans le tissu cellulaire de la partie inférieure de l'abdomen.

Il faut faire franchir largement au bout supérieur du tube la limite de la zone d'arrêt.

On fait une deuxième incision sur la pointe du trocart. On y introduit le tube de caoutchouc qu'on veut mettre en place et qui ne doit pas être à ce moment perforé.

On emploie généralement un drain n° 10 ou 12 de 30 cm. de long.

On a soin de faire pénétrer le trocart le plus profondément possible dans la seconde couche du fascia superficiel contre l'aponévrose.

De plus pour mieux assurer la circulation lymphatique superficielle et profonde, on fait une petite boutonnière à l'aponévrose du muscle vaste interne à la partie inférieure du muscle grand oblique à la partie supérieure.

On y engage l'extrémité correspondante du tube et on le fixe au bord de la brèche aponévrotique par un point de fil non résorbable (fil de lin ou crin de Florence).

A un centimètre environ, au-dessus de la brèche aponévrotique, on fait au drain un œil latéral pour assurer l'évacuation du réseau lymphatique superficiel.

L'opération est dès lors terminée.

Il n'y a pas qu'à fermer les incisions superficielles:

RÉSUMÉ DES 14 OBSERVATIONS CONTENUES DANS LA THÈSE DE FRANÇOIS-JULLIEN (LEFEBVRE)

OBSERVATION I (WALTHER)

Homme de 22 ans. A l'âge de 18 ans, gonflement progressif de la cuisse droite puis de tout le membre inférieur droit.

Opéré en 1913 par RIEFFEL (libération de ganglion inguinal) et en 1914 par LEGUEU (incision des faces externes cuisses et jambes). Opéré par WALTHER le 13 juillet et le 8 novembre 1916.

Mensurations

	Avant	9 août	12 juillet 1919
1/3 moyen cuisse	64	50	55
1/3 supérieur de jambe ...	67	38	38
1/3 moyen de jambe	54	25	25

Donc amélioration très considérable équivalant à une guérison, puisque au bout de 3 ans, les dimensions des deux membres inférieurs sont identiques à peu de chose près et que le malade exécute un travail très pénible.

OBSERVATION II (WALTHER)

Femme de 26 ans. Enorme éléphantiasis du membre inférieur gauche. Opérée le 3 juillet 1917. Deux mois après, diminution de 20 cm. à la racine de la cuisse, de 8 cm. au genou et de 9 cm. à la partie inférieure de la jambe.

Mais fistulisation à la cicatrice abdominale nécessitant l'ablation du tube.

Le 7 novembre, pose d'un nouveau tube.

Amélioration considérable. La malade fait un travail très pénible. Revue plus d'un an après avec maintien de ce résultat.

OBSERVATION III (WALTHER)

Femme de 51 ans. Augmentation de volume du membre inférieur gauche ayant débuté il y a 20 ans. Actuellement, volume considérable de la totalité de ce membre.

Opération le 16 mai 1918. A la suite, la jambe est redevenue presque normale malgré l'obligation d'avoir à enlever un tube ayant provoqué la formation d'une fistule et d'avoir ensuite été obligé, le 30 novembre, de remettre un nouveau tube.

Mensurations

	Avant	1 mois après	Apr. 2 ^e opérat.
Dos du pied	30	29	28
Extrémité infér. jambe..	28	25	24
Extrémité sup. jambe ...	34	34	32,5
Extrémité inf. cuisse	44	35	35
Extrémité sup. cuisse	61	50	50

OBSERVATION IV (WALTHER)

Femme 24 ans. Eléphantiasis membre inférieur droit depuis 1912. Pose de tubes le 18 mars 1918 et le 7 novembre 1918 suivie d'abcès nécessitant l'ablation de tubes. Troisième opération le 19 mai 1919.

Mensurations

	Avant	1 mois après
Partie moyenne cuisse	46	45
Partie moyenne de jambe	40	32
Cou-de-pied	24	21

OBSERVATION V (WALTHER)

Femme de 20 ans. Depuis 1916, augmentation de volume du membre inférieur droit, opérée le 6 décembre 1918 avec mise en place au lieu d'un tube, d'une simple lamelle repliée en V. Amélioration moins manifeste, aussi le 26 mai ajoute-t-on un tube à côté de la mamelle.

Mensurations

	Avant	Le 29 juin 1919
Partie sup. cuisse	55	54
Partie infér. cuisse	40	40
Partie supérieure jambe	38	36
Partie inférieure jambe	28	26
Pied	34	24

La malade écrit en septembre que sa jambe a beaucoup diminué depuis son départ.

OBSERVATION VI (WALTHER)

Femme de 41 ans. Depuis 1911, augmentation progressive de volume du membre inférieur gauche, jambe en pilon. Opération le 21 février 1919.

Mensurations

	Avant	Le 24 mars
Jambe	48	43
Cuisse, 1/3 inférieur	57	52

OBSERVATION VII (WALTHER)

Femme de 28 ans. Augmentation de volume du membre inférieur droit depuis février 1917. Opération le 21 février 1919.

Mensurations

	Avant	Le 1 ^{er} avril
Partie inférieure jambe	22,5	21
Partie supérieure jambe	33,5	31
1/3 inférieur de cuisse	51	48

Amélioration considérable.

OBSERVATION VIII (WALTHER)

Femme de 19 ans. Eléphantiasis double des membres inférieurs. Le 27 mai 1919. Opération du côté droit.

Mensurations

	Avant	Le 29 juillet
Partie supérieure de cuisse	68	53
Partie inférieure de cuisse	62	43
Partie supérieure jambe	49	34
Partie inférieure jambe	36	26
Pied	30	24

Opération à gauche le 18 juillet 1919.

Mensurations

	Avant	Le 9 septembre
Partie supérieure cuisse	55	49
Partie inférieure cuisse	52	40
Partie supérieure jambe	44	39
Partie inférieure jambe	32	34
Pied	29	25

A droite, une fistule a obligé l'ablation du tube que l'on remplace par un nouveau le 14 novembre 1919 ; une nouvelle fistule est suivie de l'ablation du tube responsable qui est remis le 8 juin 1920.

OBSERVATION IX (WALTHER)

Femme de 28 ans. Début des accidents vers l'âge de 12 ans.

Actuellement éléphantiasis du membre inférieur gauche. Le 18 juillet 1919, opération.

Mensurations

	Avant	Le 7 septembre
Partie supérieure cuisse	67	49
Partie inférieure cuisse	57	42
Partie supérieure jambe	46	32
Partie inférieure jambe	40	28
Pied	24	22

OBSERVATION X (DELBET)

Homme 58 ans. Début des accidents il y a 18 ans. Oedème de tout le membre inférieur gauche. Opération le 4 décembre 1916.

Mensurations

	Avant	Le 28 févr. 1917
24 cm. au-dessus malléole	50,5	47,5
19 cm. au-dessus genou	50	50

OBSERVATION XI (DELBET)

Homme. Début de l'œdème il y a 3 ans, au niveau du membre inférieur droit. Opéré le 26 juin 1918. L'infection oblige à l'ablation

du drain le 17 juillet. Pas de nouveau tube. Légère amélioration toutefois.

OBSERVATION XII (DELBET)

Femme de 40 ans. Il y a 10 ans, la jambe gauche augmente de volume. Opération le 25 décembre 1918.

Mensurations

	Avant	Le 6 janv. 1919
Pied	24	24
Jambe	35	33
Cuisse	47	47
Donc très faible amélioration.		

OBSERVATION XIII (DELBET)

Homme de 54 ans. Eléphantiasis des deux jambes depuis l'âge de 14 et 16 ans. Opéré le 4 avril 1919. Très amélioré, surtout à droite, côté que le malade dit être presque normal.

OBSERVATION XIV (DELBET)

Homme de 24 ans. Eléphantiasis cuisse et jambe gauches. Opéré le 19 mai 1919. Le malade sort très amélioré avec diminution manifeste de volume et souplesse très grande des tissus.

OBSERVATION ROCHARD ET STERN

Homme. OEdème chronique du pied et de la jambe gauches après traumatisme (blessure de guerre). Opération le 20 février 1919. Pose de trois tubes de caoutchouc, face interne, face externe et en oblique.

Diminution dès le lendemain. Au début de janvier 1918, l'œdème existe à peine malgré la station debout prolongée.

OBSERVATION ROCHER ET LASSERRE

Enfant. Augmentation de volume du membre inférieur droit après intervention sur les ganglions inguinaux. Sous rachianesthésie, opération le 9 mai 1921, à la manière de WALTHER. Suite excellente. Diminution de 6 cm. de la circonférence de la cuisse.

OBSERVATION LEFEBVRE (*J. de Chir.*, 1923, tome XXI, p. 449)

B... Pauline 45 ans, ménagère.

Sans antécédents personnels spéciaux.

Début de l'éléphantiasis à 36 ans, par des sensations prurigineuses et des douleurs au niveau de la vulve et des membres inférieurs, puis apparition d'un œdème des organes génitaux externes et des membres inférieurs.

Ces troubles persistent et prennent l'aspect d'un éléphantiasis typique des membres inférieurs et des grandes lèvres.

Après un traitement par des sels de terres rares (pelospanines) et par des extraits thyro-ovariens, la malade est traitée chirurgicalement le 17 juin 1922.

Opérations à droite. Procédé de KONDOLEON (Prof. MÉRIEL) à gauche, procédé de WALTHER (D^r LEFEBVRE).

Résultat :

Côté droit (KONDOLEON)

Niveau	Avant	21 juin	Sept.	Nov.
1/3 supér. cuisse	63	60	60	59
1/3 moyen cuisse	61	58	52	52
1/3 inf. cuisse	48	43	42	42
Genou	44	41		40
1/3 supér. jambe	41	37	35	35
1/3 moyen jambe	39	36	36	36
1/3 infér. jambe	31	27	27	27

Côté gauche (WALTHER)

Niveau	Avant	21 juin	Sept.	Nov.
1/8 supér. cuisse	64	61	61	61
1/3 moyen cuisse	61	54	52	52
1/3 infér. cuisse	48	44	44	43
Genou	43	40	40	40
1/3 supér. jambe	40	37	37	36
1/3 moyen jambe	38	35	35	34
1/3 infér. jambe	29	22	23	22

Les tissus infiltrés primitivement avaient retrouvé une souplesse très importante. La peau pouvait être pincée et mobilisée sur les plans profonds, les phénomènes douloureux et la gêne avaient totalement disparu.

OBSERVATION Prof. LENORMANT et MOURE (Inédite, N° 1)

B... Ch... A..., sans domicile, journalier, 23 ans. Entré le 13 mai 1920. Sorti le 26 mai 1920.

Opéré le 14 mai 1920 par le D^r MOURE.

Eléphantiasis des deux membres inférieurs, surtout à droite, de nature indéterminée.

Biopsie D^r MOULONGUET.

Du côté droit on passe un petit drain de la face dorsale du pied jusqu'au-dessus du condyle interne du fémur, sous la peau très épaisse.

OBSERVATION Prof. LENORMANT (Inédite N° 2)

Mme Vve W..., 44 ans. Entrée le 12 juin 1928. Opérée le 19 juin 1928 par le D^r MOURE.

Oedème chronique du membre inférieur gauche consécutif à une phlébite post-opératoire après hystérectomie abdominale pour fibrome faite il y a deux ans.

L'oedème chronique dur mais gardant l'empreinte du doigt occupe surtout le pied, les régions malléolaires et remonte jusqu'au genou. Il est beaucoup moins marqué au niveau de la cuisse.

Les oedèmes diminuent considérablement après quelques jours de lit, mais ils restent très appréciables au niveau du pied et au 1/3 inférieur de la jambe.

On décide alors de faire un drainage sous-cutané (anesthésie éther). Iodage soigneux de tout le membre inférieur et de la paroi abdominale. Petite incision verticale à 5 cm. au-dessus de l'arcade crurale dans son 1/3 interne. On passe une longue tige porte-coton pour œsophagoscope, tige terminée par un pas de vis. On fait ressortir son extrémité en la poussant de haut en bas au niveau de la face interne du genou.

On pratique là une courte incision verticale. On fixe l'extrémité du tube de caoutchouc au pas de vis de la tige et on l'attire de bas en haut pour la faire ressortir au niveau de la petite incision abdominale. On fixe l'extrémité du tube à quelques centimètres au-dessus.

2° On pratique une petite incision verticale dans la gouttière malléolaire interne. On introduit l'extrémité de la tige en la glissant sous les téguments de bas en haut pour la faire ressortir au niveau de l'incision de la face interne du genou.

On amarre l'extrémité inférieure du tube de caoutchouc et on la fait ressortir par l'incision rétromalléolaire.

On ferme alors les trois petites incisions par des fils de lin (D^r MOURE).

Trois semaines après, la plaie de la face interne du genou se désunit et se referme spontanément. Au début d'août, la plaie de la région malléolaire s'infecte et suppure.

Le 1^{er} septembre, on voit la malléole avec une fistule en ce point. On voit le tube. L'ensemble de l'œdème a diminué, mais persiste à partir du 1/3 inférieur de la jambe.

A l'anesthésie locale, on pratique au 1/3 inférieur de la jambe une petite incision transversale sur le trajet du tube. On le sectionne et on tire le segment inférieur du tube par la fistule malléolaire, de façon à ne pas infecter le trajet. On sectionne vraisemblablement la saphène.

L'hémorragie s'arrête par suture de la peau au fil de lin. Pansement compressif.

25 septembre. Ablation complète du drain.

C'est à dessein que nous publions cette observation.

Ce gonflement du membre survenu après une phlébite est probablement un éléphantiasis.

Il n'existe pas à notre connaissance de documents anatomo-pathologiques sur cette question de l'éléphantiasis post-phlébitique.

OBSERVATION I (TOURAINE et MOURE) (*Journal de Médecine de Paris*, N° 613, fév. 1936, p. 129.)

Mme P... Germaine, âgée de 43 ans, est hospitalisée pour la première fois en janvier 1934. Elle présente un très volumineux éléphantiasis de tout le membre inférieur gauche qui a débuté quinze ou seize ans auparavant.

Son passé pathologique est nul, sauf une grossesse normale à 23 ans. L'état général est excellent. C'est une femme robuste, mais dont l'activité est presque complètement arrêtée par l'énorme développement de tout le membre et particulièrement de la jambe. La mensuration donne les chiffres suivants en centimètres :

	Membre sain	Membre malade
Pourtour de la cuisse :		
20 cm. au-dessus de la rotule	60	73
10 cm. — —	50	63
Pourtour de la jambe :		
10 cm. au-dessous de la rotule	36	53
20 cm. — —	38	50
25 cm. — —	23	46

Il n'existe pas de pachydermie vraie, mais seulement un léger épaissement de la peau, sans verrucosités, sans troubles de la pigmentation.

On ne trouve pas de raison plausible à cet éléphantiasis.

Les ganglions inguinaux ne paraissent pas hypertrophiés. Il n'y a aucun passé génital. Les réactions de Frei et de Wassermann sont négatives ; l'examen du sang ne révèle pas d'éosinophilie.

La malade passe dans le service du D^r MOURE. Le 3 mars 1934, celui-ci met en place deux tubes de caoutchouc qui passent au-dessus de l'arcade crurale et vont de la paroi abdominale au tiers moyen de la cuisse. Un des drains est remplacé le 25 avril, car il menaçait de se fistuliser. L'œdème diminue d'abord nettement, mais sa régression s'arrête dans le courant du mois de septembre et le 16 octobre la jambe avait retrouvé et même dépassé son volume antérieur (70 cm. 5 à 20 cm. au-dessus de la rotule, 66 cm. à 10 cm. au-dessus de la rotule, 55 cm. à 10 cm. au-dessous de la rotule, 42 cm. à 25 cm. au-dessous de la rotule).

Pensant que les deux s'étaient oblitérés, le D^r MOURE en insère un troisième le 27 octobre, en dehors des précédents, et un quatrième de la cuisse à la jambe.

L'amélioration est cette fois très importante, et le 10 novembre de nouvelles mensurations donnent les chiffres suivants : 67 cm. à 20 cm. au-dessus de la rotule, 62 cm. à 10 cm. au-dessus de la rotule, 43 cm. à 10 cm. au-dessous de la rotule, 32 cm. 5 à 20 cm. au-dessous de la rotule, 29 cm. 5 à 25 cm. au-dessous de la rotule.

La malade est revue le 1^{er} mai 1935. Elle a repris une vie active qui lui est rendue possible maintenant. Les mensurations sont restées les mêmes qu'en novembre, sauf à la partie haute de la cuisse dont le pourtour a augmenté de 2 cm. et à 20 cm. au-dessous de la rotule où on note une augmentation de 1 cm.

Le gain définitif a été par conséquent de 3 cm. à la cuisse qui n'était que modérément éléphantiasique, les déformations étaient beaucoup plus accentuées à la jambe ; ici le gain a été de 10 cm. à 10 cm. au-dessous de la rotule, de 16 cm. à 20 cm. au-dessous de la rotule, de 17 cm. 5 à 25 cm. au-dessous de la rotule.

OBSERVATION II (TOURAINÉ et MOURE)

R... Roger, âgé de 16 ans, est hospitalisé salle Devergie, au début de septembre 1935, pour un éléphantiasis du membre inférieur droit qui remonte à 5 ans.

La déformation s'est constituée lentement, progressivement, sans douleurs ni fièvre. Au début, il existait une adénopathie inguinale du même côté, ni douloureuse, ni inflammatoire ; elle aurait rapidement régressé sous l'action des rayons ultra-violets.

La cuisse et la jambe ont pris un aspect cylindrique. La peau est restée normale. L'œdème est dur et ne fait pas de godet à la pression.

Deux causes peuvent être invoquées à l'origine de cet éléphantiasis. Le père de ce jeune malade est soigné pour tuberculose pulmonaire. Lui-même est assez fragile, un peu malingre. Il s'enrhume plusieurs fois chaque hiver et se plaint volontiers d'un point de côté, là où l'on perçoit, à gauche, quelques frottements de pleurite sèche.

D'autre part, ses incisives médianes inférieures sont petites, échan-crées en coup d'ongle sur leur bord libre ; elles rappellent les dents d'Hutchinson. Il existe un souffle systolique qui a son maximum à la pointe du cœur. Mais la réaction de WASSERMANN est négative.

Il en est de même pour celle de FREI.

Le malade passe le 20 octobre dans le service du D^r MOURE. A ce moment, les mensurations donnent les chiffres suivants en centimètres :

	Côté sain	Côté malade
Cuisse :		
Racine	45	49
Milieu de la cuisse	39	45
Bord supérieur de la rotule	29,5	38,5
Jambe :		
Mollet	35	38,5
Région sous-malléolaire	20,5	24,5

Le 23 octobre on place un tube de caoutchouc qui va de la partie supéro-interne du mollet, près de la patte d'oie, jusqu'au-dessus de l'arcade crurale. Ce drain est bien toléré.

Dès le 4^e jour après l'intervention, on note une diminution appréciable du volume de la jambe ; les mesures sont maintenant les suivantes : milieu de la cuisse, 45 cm. ; bord supérieur de la rotule, 37 cm. 5 ; mollet, 34 cm. ; région sus-malléolaire, 24 cm.

L'amélioration se poursuit les jours suivants. 21 jours après l'opération on trouvait : milieu de la cuisse, 44 cm. ; bord supérieur de la rotule, 35 cm. 5 ; mollet, 32 cm. 5 ; région sus-malléolaire, 23 cm.

Le malade commence à se lever, aussi le 26 novembre, les mesures ont-elles augmenté d'un centimètre au bord supérieur de la rotule et au mollet.

Le gain définitif est cependant très appréciable ainsi qu'on en peut juger d'après les photographies. Il atteint 2 cm. au bord supérieur de la rotule, 4 cm. 5 au mollet, 1 cm. 5 à la région sus-malléolaire.

Ces deux résultats sont donc très encourageants. Je crois que l'opération de WALTHER mérite d'être mieux connue et d'être largement utilisée. Elle a aussi le grand avantage d'être de technique aisée et à peu près non sanglante. Les résultats en paraissent durables puisque j'ai eu l'occasion de revoir deux des malades opérés par WALTHER, 16 ans après l'intervention ; les tubes étaient parfaitement tolérés, l'éléphantiasis avait disparu et les malades n'avaient pas cessé de mener une vie active.

OBSERVATION D^r PIERRE ROUQUÈS (inédite)

Mme LED..., 55 ans.

Opérée en 1913 d'une mammectomie faite à Nantes pour « guérir le moral », car elle craignait d'avoir un cancer du sein.

Cinq ans après elle aurait eu un érysipèle s'étendant du coude au poignet droit.

Au bout de 15 jours, les manifestations inflammatoires ayant disparu, il persistait un gonflement de l'avant-bras.

De temps en temps, la malade avait des poussées de rougeur locale accompagnées de douleurs et de fièvre.

En 1920, elle présente des signes de « bronchite chronique » et on découvre une caverne bien circonscrite du sommet droit.

Elle va faire un séjour en sanatorium où on pratique un pneumothorax. Elle reste 6 ans en traitement et revient complètement guérie.

Le 13 juin 1935, elle vient consulter le D^r Pierre Rouquès pour sensation de lourdeur au niveau du membre malade.

Lors de ce premier examen, on constate un éléphantiasis typique de l'avant-bras droit.

On propose une sympathectomie humérale associée à un drainage de WALTHER.

Le 14 juin 1935, sous-anesthésie de base au rectanol et inhalations au protoxyde d'azote, le bras est incisé suivant la ligne de ligature de l'artère humérale dans sa partie moyenne.

Après avoir ouvert la gaine des vaisseaux, on libère et dénude l'artère humérale sur environ 7 cm.

2° On pratique ensuite une petite incision sous-cutanée au niveau de la face antérieure du pli du coude, puis une dernière petite incision sous-cutanée à la partie moyenne de la face antérieure de l'avant-bras.

Au moyen de ces trois incisions, on parvient à faire cheminer un drain dans le tissu cellulaire sous-cutané, depuis l'incision humérale en tissu sain jusqu'à l'incision inférieure anti-brachiale située en zone pathologique.

Les deux extrémités du tube sont insinuées sous l'aponévrose d'enveloppe, grâce à deux petites boutonnières pratiquées dans le fascia. Fermeture de la peau.

Le 28 juin 1935, on constate une diminution nette de l'éléphantiasis. Les plaies opératoires ont cicatrisé per primam.

Le 16 janvier 1936, le bras « s'est regonflé », mais les pesanteurs ont disparu.

CRITIQUE DES RÉSULTATS OBTENUS PAR LA MÉTHODE DE WALTHER

Sur les vingt observations relevées nous trouvons les résultats suivants :

Pas de guérison.

Onze très bons résultats : Cas I, II, III, VII, IX, XIII, XIV, de la thèse de François JULLIEN, cas de ROCHARD et STERN, cas de ROCHIER et LASSERRE, cas de LEFEBVRE, cas I de TOURAINE et MOURE.

Six bons résultats : Cas IV, V, VI, VIII, X, de la thèse de François JULLIEN, cas II de TOURAINE et MOURE.

Trois résultats médiocres : Cas XI, XII, de la Thèse de François JULLIEN, cas de P. ROQUES.

Deux suites ne sont pas connues (LENORMANT et MOURE, cas I et II).

Il y a eu 6 fois élimination des tubes sur la totalité des cas (six sur vingt-deux) : Cas III, IC, VIII, XI, de la thèse de FRANÇOIS-JULLIEN, cas II, LENORMANT et MOURE, cas I, TOURAINE et MOURE.

Nous voyons donc que les critiques adressées à la méthode de HANDLEY se retrouvent lorsqu'on envisage la méthode de WALTHER.

Cependant avec cette dernière technique, les résultats semblent plus poussés et plus durables.

Par contre l'élimination des tubes de caoutchouc paraît survenir assez fréquemment.

Cet incident ne paraît pas avoir de conséquences très fâcheuses du reste.

MÉTHODES DE DRAINAGE PROFOND

1° PROCÉDÉ DE LANZ

Le procédé de LANZ est certainement le procédé de drainage profond le plus anciennement connu. Toutes les autres méthodes de drainage profond s'inspirent plus ou moins de lui.

C'est à ce titre que nous le décrivons car il n'a été exécuté qu'une fois au niveau du membre inférieur.

TECHNIQUE :

Longue incision menée sur toute la hauteur de la face externe de la cuisse : le fascia lata est sectionné et par l'interstice du bord postérieur du vaste externe, on atteint le fémur.

Le périoste de cet os est ruginé, puis au niveau des $1/3$ sup., $1/3$ moy., $1/3$ inf. de l'os, on perce à la fraise de DOYEN 3 trous aboutissant à la moelle osseuse ; dans chacun de ces orifices, on introduit une bandelette taillée dans le fascia lata.

L'incision longitudinale du fascia lata est refermée, après qu'on a fixé au périoste et aux muscles les bandelettes aponévrotiques chargées du drainage.

Pour terminer, quelques coups de ciseau dans le fascia lata, établissant des orifices, favorisent la circulation lymphatique de la surface dans les muscles.

OBSERVATION LANZ

RÉSUMÉ. — Femme de 45 ans.

Depuis 5 ans, augmentation de volume considérable du membre inférieur droit, le rendant semblable à un véritable pilier ; infiltration de la peau très accentuée. Opération le 30 mai 1906. Un an après, la malade écrit qu'elle reste guérie.

Revue 3 ans après (17 mai 1909). Elle reste debout toute la journée sans fatigue, pas de différence notable entre les deux membres inférieurs. La mensuration donne :

Mensuration	Côté droit	Côté gauche
Cuisse	48	44 1/2
Jambe	36	30 1/2

Seule la peau du côté opéré est, un peu plus ferme, la cicatrice est souple et il n'y a pas de hernie musculaire.

Le résultat est très satisfaisant, mais nous verrons ultérieurement que cette opération est compliquée par le temps osseux qui paraît superflu. De plus, le rôle des bandelettes aponévrotiques en tant qu'agent de drainage, est très hypothétique.

2° PROCÉDÉS D'OPPEL, ROZANOW, COTTALORDA

Nous réunissons dans ce groupe des techniques quelque peu différentes mais qui ont pour principe l'enfouissement de bandelettes de tissu superficiel pathologique dans un interstice musculaire profond.

C'est en somme la méthode de LANZ diminuée de son temps osseux.

OPPEL. — Taille des bandelettes dans le tissu cellulaire sous-cutané et les fait pénétrer dans les interstices musculaires à travers l'aponévrose incisée. Il pratique la dérivation non seulement à la cuisse mais aussi à la jambe.

Les suites de son opération furent heureuses, mais il nous manque le résultat éloigné.

ROZANOW. — Taille des transplants comprenant à la fois le tissu cellulaire sous-cutané et l'aponévrose ; il ne réunit pas les bords de l'incision aponévrotique destinée au passage des lambeaux.

TECHNIQUE :

Sur la face externe de la cuisse et sur la surface postérieure de la jambe, il taille une série de parallélogrammes, à grand axe vertical qui mesurent, en travers 15 cm. à la cuisse, 11 cm. à la jambe.

Dans l'aire de ces parallélogrammes, il excise la peau puis il sectionne transversalement à la partie moyenne, le tissu cellulo-adipeux et l'aponévrose, et, libérant sur un autre de leurs bords chacun des deux triangles ainsi

ménagés, il les enfouit dans la profondeur et les suture au muscle et au périoste.

Les côtés des excisions rhomboïdes de la peau sont alors réunis également en travers, ce qui rétrécit le manchon cutané (LEFEBVRE).

OBSERVATION ROZANOW

Homme 48 ans. Depuis 4 ans, volumineux œdème chronique du membre inférieur gauche, intermittent puis permanent.

La circonférence de la partie supérieure de la cuisse gauche a 20 cm. de plus qu'à droite.

Opération le 19 octobre 1911.

Traitement préopératoire, bains, massages.

Elévation du membre.

Mensurations	Avant	Après opération	2 mois 1/2 après
Cuisse	60 cm. 5	56 cm. 5	dim. 6 cm.
Mollet	54 cm.	36 cm.	dim. 15 cm.

Le résultat se maintenait intégralement en avril 1912, 6 mois après, avec une amélioration fonctionnelle importante.

OBSERVATION DE LEJARS

Femme de 40 ans. Depuis l'âge de 10 ans, œdème chronique du membre inférieur droit, remontant jusqu'au pli de l'aîne. Le 24 avril 1922, longue incision de l'aponévrose, taille de 3 lambeaux de 6 cm. de long sur 3 cm. de large, aux dépens des bords de l'aponévrose.

Ces 3 lambeaux, restant adhérents d'un côté, sont enfouis et fixés dans un interstice du vaste externe, dissocié à la sonde cannelée.

L'ouverture de l'aponévrose est ensuite refermée.

Dès les premiers jours, notable réduction de volume, mais le membre reste encore un peu plus volumineux que l'autre. La diminution obtenue quelques mois après était de 5 cm. pour la jambe et 10 cm. pour la cuisse avec une plus grande souplesse des tissus et une gêne fonctionnelle nettement atténuée.

OBSERVATION DE MOSKOWICZ

Femme de 50 ans. A la suite d'une typhoïde, œdème des 2 membres inférieurs déjà traité par incision circulaire. Membre très volumineux avec altération accentuée de la peau.

En janvier 1915, par 4 incisions, après dissection étendue de la peau, taille d'une large bande de fascia lata et d'aponévrose profonde.

Cette bande est enfouie dans un interstice musculaire jusqu'à l'os sur lequel on le fixe.

Fermeture de la brèche aponévrotique.

Amélioration considérable.

PROCÉDÉ DE COTTALORDA

COTTALORDA en 1924 a publié un procédé où seule l'aponévrose est incisée dans l'interstice musculaire profond.

TECHNIQUE.

1^{er} temps. — Après l'incision portant sur toute la hauteur du segment de membre atteint, on découpe sur l'aponévrose d'enveloppe du membre un vaste lambeau aponévrotique dont la charnière correspondait dans le cas opéré à la crête du tibia depuis sa tubérosité antérieure jusqu'à la partie moyenne de son 1/3 inférieur.

2^e temps. — Ce lambeau est alors disséqué et relevé découvrant les espaces musculaires sous-jacents. On cherche alors l'interstice le plus proche de la charnière.

Quelques points dont les chefs sont laissés longs sont passés sur le bord libre de la bande aponévrotique libérée.

3^e temps. — Au moyen d'une aiguille de DOYEN perforant l'aponévrose intacte le plus loin possible de la charnière, on pénètre de bas en haut dans l'interstice musculaire choisi, puis par un chemin inverse en retirant l'aiguille, on attire successivement à l'extérieur à travers ledit interstice, les fils préalablement fixés sur le bord libre du lambeau.

4^e temps. — Celui-ci est alors fixé à la profondeur par les fils noués à la surface de l'aponévrose.

OBSERVATION COTTALORDA

In Fillipini, Thèse Montpellier, 1925.

C. T..., 63 ans, journalier entre dans le service le 8 février 1934 pour éléphantiasis du membre inférieur droit.

En 1893, le malade a un volumineux bubon inguinal droit. Ce bubon est incisé puis, semble-t-il, extirpé dans un service de la Conception.

Sort 1 mois après l'incision, mais quelques jours après son retour chez lui, apparition d'un érysipèle qui envahit tout le membre inférieur droit.

Durant les années suivantes, plusieurs récidives se produisent.

Elles s'accompagnent d'une augmentation progressive de volume du membre, surtout sensible à la suite d'une dernière atteinte en novembre 1923.

Devant les progrès de la tuméfaction qui jamais n'a été douloureuse, le malade entre à l'hôpital

A l'examen : Eléphantiasis de la jambe droite, même diamètre que la cuisse.

Tandis que cette tuméfaction se perd en mourant vers la racine du membre, elle cesse brusquement au niveau de la cheville.

Mensurations :

	M. inf. dr.	M. inf. g.
<i>Cuisse :</i>		
1/3 supér.	55,5	56
1/3 moyen	49	50
1/3 infér.	46	40
<i>Jambe :</i>		
1/3 supér.	47	41,5
1/3 moyen	43	31,5
1/3 infér.	40	29

On note à la racine de la cuisse une cicatrice étoilée qui l'occupe tout entière, vestige du bubon primitif.

La palpation montre des téguments épaissis, impossibles à pincer, mais sans godet d'empreinte. Au niveau de la cuisse, les troubles sont beaucoup moins marqués et prédominent au niveau de sa face interne où les téguments sont manifestement épaissis et infiltrés.

Le membre a, par ailleurs, conservé l'intégrité de ses mouvements.

Intervention le 16 février. — Rachi-anesthésie

1° Incision sur la face externe de la cuisse, jusqu'à l'aponévrose sur laquelle on découpe un lambeau à grand axe vertical, qui est rabattu dans la profondeur et fixé contre l'os au membre.

2° Incision sur toute la face externe de la jambe, même intervention, plus pénible ici, à cause de l'épaisseur de l'aponévrose et de l'infiltration des tissus superficiels.

Le résultat obtenu un mois après est intéressant, comme le démontrent les mensurations suivantes :

	Avant opérat.	Un mois après
Cuisse 1/3 infér.	46	39
Jambe 1/3 supér.	47	37
— 1/3 moyen	43	28
— 1/3 infér.	40	26

Nous ajoutons que nous avons fait du vaccin antistreptococcique et polyvalent type I, RANQUE et SENEZ.

Malgré cette précaution, une nouvelle récurrence d'érysipèle est survenue quelques jours après les mensurations ci-dessus et le malade est envoyé à la Conception, dans le service des contagieux.

Jambe 1/3 supér.	39 cm.
— 1/3 moyen	37 cm.
— 1/3 infér.	34 cm.

Le malade se plaint d'une gêne dans la marche ainsi que de douleur lors de la mobilisation active de son membre.

On procède alors à la sympathectomie péri-artérielle, avec extirpation de la cicatrice inguinale.

La plaie est comblée avec un lambeau pédiculé pris sur la face externe de la cuisse.

Suite opératoire : Aucun résultat appréciable.

CRITIQUE DE CES PROCÉDÉS

Ils donnent un rôle de drainage à des tissus sclérosés. Or, il est peu vraisemblable que ce rôle soit rempli, et on est en droit de se demander si les améliorations observées ne sont pas simplement dues à l'effondrement de l'aponévrose et à la communication établie entre les régions superficielles et profondes.

Ce que réalise à moins de frais la méthode de KONDO-LÉON-PAYR, que nous allons étudier maintenant.

3° MÉTHODE DE KONDOLEON-PAYR

C'est certainement la méthode de drainage profond la plus simple.

Les artifices utilisés dans les différentes méthodes de drainage profond semblent pouvoir être supprimés. Un point paraît capital : l'effondrement et la large ouverture de l'aponévrose d'enveloppe du membre. C'est ce que réalise la méthode de KONDOLEON-PAYR.

Le 27 juillet 1912, KONDOLEON publiait dans le *Zentralblatt für Chirurgie*, un procédé de drainage profond de l'éléphantiasis qui, s'il semble s'inspirer de la méthode de LANZ, s'en sépare par sa simplicité.

La même année PAYR avait mis au point un procédé sensiblement analogue qui fut publié par JURASZ au Congrès des Chirurgiens du Royaume de Saxe le 26 octobre 1912 :

TECHNIQUE DE KONDOLEON

(27 juillet 1912, n° 30, p. 1022, *Zentralblatt für Chirurgie*)

La technique est la suivante :

Lorsque la jambe est seule malade, on trace deux longues incisions, l'une à la partie externe et l'autre à la partie interne de la jambe sur toute sa longueur.

Lorsque tout le membre inférieur est épaissi, on trace quatre incisions : deux à la cuisse et deux à la jambe, écartement de la peau par deux larges écarteurs, extirpation de la graisse qui recouvre et infiltre le fascia.

L'aponévrose apparaît à nu.

On enlève au niveau de chaque incision un morceau d'aponévrose de la longueur de l'incision et de la largeur de 3 à 4 doigts.

Les muscles font saillie à l'extérieur.

Hémostase soigneuse.

Suture de la peau sans drainage.

TECHNIQUE DE PAYR

PAYR complète cette technique par l'addition des points suivants :

Après résection du lambeau aponévrotique, on décolle les muscles de l'aponévrose pathologique, on résèque une grande partie du tissu cellulaire superficiel infiltré.

Quelques points réunissent ensuite la face profonde du tissu cellulaire, la lèvre de l'aponévrose et le muscle sous-jacent. La peau est suturée par-dessus la brèche aponévrotique laissée largement béante.

Suture de la peau sans drainage.

OBSERVATIONS DU PROF. KONDOLEON

OBSERVATION I. — L... P..., âgé de 59 ans, natif d'Asie Mineure. Il a eu il y a 35 ans un abcès au 1/3 inférieur de la jambe gauche. Depuis est apparu progressivement un gonflement de la jambe, puis de la cuisse, jusqu'à ce que le membre inférieur ait acquis sa circonférence actuelle. A l'examen, on constate un éléphantiasis du membre inférieur gauche s'étendant du milieu de la cuisse aux orteils. La peau de la jambe est très épaissie et altérée, tandis que celle de la cuisse ne l'est que peu. La circonférence de la cuisse dans son 1/3 inférieur est, à droite, 44 cm., à gauche, 52 cm.

	Droite	Gauche
Circonférence de la jambe		
au 1/3 supér.	34,5	42
au 1/3 moyen	32	42
au 1/3 infér.	24	36,5

Ce malade fut opéré trois fois. La première fois, le 3 mars 1912, j'insinuais, par deux longues incisions à la partie externe de la cuisse et de la jambe, quelques bandelettes d'aponévrose dans le muscle.

Trois semaines après l'opération, il existait une différence de circonférence de 6 cm. au niveau de la cuisse et de 4 cm. au milieu de la jambe. La partie inférieure de la cuisse, dont la température locale était moins élevée, est devenue indiscutablement plus souple après la première intervention. Malgré tout, la jambe restait dure avant la deuxième opération qui fut exécutée le 26 avril 1912.

Je fis à la jambe cinq incisions au lieu d'une.

Trois de celles-ci avaient une longueur de 5 à 6 cm., les deux dernières étaient semi-circulaires, mais la plus haute de celle-ci fut faite à la partie antérieure de la jambe, tandis que la plus basse se trouvait à la face postérieure de celle-ci, si bien que l'ensemble en projection dessinait un cercle complet.

Par chacune de ces incisions, j'extirpai une partie de l'aponévrose. L'amélioration fut considérable mais passagère, car, au début, la jambe devint molle et sa circonférence diminua de plus de 2 larges centimètres ; mais lorsque le patient recommença à marcher, le gonflement de la jambe réapparut.

A la troisième opération, qui fut entreprise un mois après, je mis à nu l'aponévrose au moyen de deux longues incisions que je traçai dans toute l'étendue de la partie antérieure et de la partie postérieure de la cuisse et j'extirpai la moitié de cette aponévrose.

Les bandelettes qui avaient été enlevées lors de la deuxième intervention étaient remplacées en totalité par du tissu conjonctif, si bien qu'aucune trace des premières excisions ne restait apparente. Ainsi s'explique évidemment la récédive.

Le résultat de cette troisième opération fut une amélioration durable dans l'état du patient. La mensuration circulaire de la cuisse passa de 52 cm. à 45, tandis que celle de la jambe de 42 à 37. La dureté ne disparut pas d'une façon totale mais presque, et le patient a conservé lors de la marche une sensation de lourdeur. Cette persistance de l'affection s'explique aisément par la tendance envahissante du processus de sclérose.

OBSERVATION II. — D. K..., âgé de 18 ans, originaire de l'île de Crète.

Ulcère il y a 12 ans à la partie externe du pied droit, 2 ans plus tard, abcès à la même place et inflammation de la jambe. Ouverture de l'abcès à la suite duquel il subsiste un œdème dur de cette jambe. Cet œdème est sujet à des variations périodiques et aujourd'hui il persiste encore.

A l'examen, rien à signaler par ailleurs. C'est un éléphantiasis de la jambe droite étendu du genou aux orteils. La jambe a un aspect de colonné. La peau est épaissie, dure et ne se laisse pas plisser. De nombreux petits nodules existent sur le dos du pied et des orteils.

Mensurations de la jambe :

	Droite	Gauche
1/3 supér.	37,5	30
1/3 moyen	36	27
1/3 infér.	29,5	20,5

Le gonflement ne diminue pas pendant les 5 jours de repos au lit qui précèdent l'intervention.

Première intervention (30 avril 1912).

Longue incision sur toute l'étendue de la partie externe de la jambe. La peau est très épaisse.

Du tissu graisseux sous-cutané s'écoule par pression une sérosité jaunâtre en assez grande abondance, mélangée de petites gouttelettes de graisse. L'aponévrose a une épaisseur de deux centimètres et sa partie supérieure a un aspect lactescent. On la fend sur toute la longueur de la jambe et elle est laissée ouverte. Elle ne peut certainement pas être suturée à cause de sa fragilité et de son adhérence avec les tissus de voisinage. Suture de la peau. Guérison per primam. Déjà, au 8^e jour, la différence dans l'épaisseur de la jambe est manifestement visible.

Non seulement la circonférence au 1/3 supérieur, moyen et inférieur de la jambe diminue de 5, 4 et 3 centimètres, mais aussi la peau, qui initialement était épaisse et dure, est maintenant molle.

La dureté de la jambe a disparu en général. Cette amélioration persiste 40 jours après l'opération et il ne réapparaît qu'une légère lourdeur après une longue station debout.

Sur les instances du patient qui veut être libéré également de cette lourdeur, je pratique, le 23 mai, une deuxième opération, au cours de laquelle j'enlève, par le moyen d'une longue incision à la partie interne de la jambe, un morceau tout entier de fascia large de 3 travers de doigt et long de 18 cm. Après cette deuxième intervention, la guérison complète se fait. La jambe est aussi souple que la gauche et sa circonférence, qui était auparavant de 37 cm. 5, 36 et 29,5 pour le 1/3 sup., 1/3 moyen, 1/3 inf., est de 30,5; 29 et 24,5. 2 mois après l'opération, la guérison se maintient.

OBSERVATION III. — A. K..., 44 ans, d'Athènes, atteint déjà dans sa jeunesse, d'eczéma et d'accès d'érysipèle, a rechuté. Il y a 30 ans, les deux jambes gonflèrent du genou jusqu'aux orteils et un œdème dur apparut. Actuellement, cet œdème rétrocede incomplètement lors de séjours au lit, mais aussitôt que le patient se lève, il reparaît.

A l'examen, on constate les faits suivants : les deux jambes sont presque de même volume, en forme de colonne, enflées depuis le genou jusqu'aux malléoles. A cet endroit se dessine, à la face antérieure du cou-de-pied, une tumeur et, au-dessous, un pli profond gênant la marche. Cette tumeur est plus grosse sur la partie gauche où l'œdème est aussi plus fort. La peau de la jambe est très pâle, épaisse, dure et difficile à plisser. A la partie inférieure de la jambe se trouvent quelques nodosités larges, lesquelles sont plus nombreuses et plus apparentes aux orteils du pied gauche. La circonfé-

rence de la jambe, dans son 1/3 supérieur, moyen et inférieur est de :

à gauche	52 cm.	53 cm.	48 cm.
à droite	50 cm.	48 cm.	5 . 43 cm. 5

Opération le 27 avril 1912 :

Multiplés incisions sur les 2 jambes.

(4 à gauche et 3 à droite).

L'aponévrose est très épaissie et en partie adhérente au plan sous-jacent. Un morceau de l'aponévrose est enlevé par chaque incision. La tumeur sur le cou-de-pied est constituée par du tissu conjonctif œdémateux. Elle est excisée au bistouri. Suture de la peau. Guérison per primam. 48 heures après l'intervention, on constate une diminution notable de l'œdème.

OBSERVATION IV. — D. P..., âgée de 32 ans, femme mariée, originaire de Trikkala, deux grossesses normales. Il y a 7 ans, elle avait eu une suppuration opiniâtre de ganglions inguinaux des deux côtés. Incision des abcès. 2 ans plus tard, nouvelle rechute du côté gauche et nouvelle incision. Depuis 3 ans, apparition d'une tuméfaction molle de toute la cuisse gauche.

Etat actuel. — Goitre modéré sans symptômes fonctionnels, cicatrices étendues et multiples dans la région des ganglions inguinaux des deux côtés, principalement à gauche. La cuisse droite est normale.

Par contre, la cuisse gauche est visiblement œdématisée.

Mensurations :

	à droite	à gauche
au 1/3 sup.	46 cm.	51 cm.
au milieu	41 cm. 5	47 cm. 5
au 1/3 inf.	35 cm.	38 cm.

Les deux jambes sont semblables, la peau de la cuisse gauche a une couleur violacée et dure et se laisse à peine plisser.

La patiente éprouve des lourdeurs quand elle marche et quand elle est en station verticale.

Opération 18 mai 1912.

Longue incision de la partie externe de la cuisse gauche dans toute son étendue.

La peau est épaissie.

La graisse est infiltrée de lymphes, tandis que l'aponévrose présente un aspect et une consistance normaux. Les altérations sont

localisées à la peau à l'opposé des cas authentiques et anciens d'éléphantiasis.

Ouverture du fascia et excision d'un morceau d'aponévrose de la longueur de l'incision et d'une largeur de deux centimètres, si bien que les muscles font saillie presque sous la peau.

Fermeture sans drainage. Guérison per primam. Au 8^e jour, différence de 6 cm., de 47 cm. 5 à 41 cm. 5, dans la circonférence de la cuisse à son milieu. La coloration violacée de la peau qui était devenue souple, disparaît. Après 2 mois, l'amélioration persiste.

OBSERVATION V. — P. K..., 64 ans, originaire de Cythère. Il y a 11 ans, tuberculose du genou droit qui fut guérie par la suite. Mais après la guérison de la tumeur blanche remontant environ à 10 ans apparut un œdème de la cuisse droite qui resta immuable.

Après un séjour au lit, il diminua un peu, mais ne disparut jamais complètement. La jambe œdématiée ayant reçu une éraflure, il sortit une sérosité pâle en quantité considérable. Le patient n'éprouve actuellement ni lourdeur, ni pesanteur par suite de cet œdème.

Son état actuel est le suivant :

Etat général satisfaisant. Au genou droit il existe une tuméfaction en forme de gâteau, dure comme de l'os. Elle est certainement d'origine tuberculeuse. Les parties molles à ce niveau sont également très dures. Au-dessous de cette tumeur, il y a une étroite dépression et au-dessous de celle-ci commence l'œdème, qui est irrégulier par places. La peau est épaissie, sèche et ne se laisse pas plisser.

Mensurations de la jambe :

	Droite	Gauche
au 1/3 sup.	40 cm.	28 cm.
au 1/3 moyen	37 cm.	27 cm.
au 1/3 inf.	30 cm.	21 cm.

Opération : 26 mai 1912.

On trace deux longues incisions sur toute l'étendue des parties internes et externes de la jambe ; écartement de la peau au moyen d'écarteurs ; extirpation de la graisse qui recouvre le fascia. Celui-ci est dur et infiltré. On excise au niveau de chaque incision un morceau d'aponévrose de la longueur de l'incision et d'une largeur de trois travers de doigt.

Le fascia est très épais (1 cm. 1/2), dur. Après son incision, il s'écoule de la lymphe en quantité importante. Après l'ablation de l'aponévrose, les muscles font facilement hernie.

L'aspect et la consistance des muscles semblent absolument normaux. Suture de la peau ; 8 jours après, les fils sont enlevés.

L'œdème a complètement disparu.

Deux mois après l'opération, le patient peut aller et venir sans aucune sensation de lourdeur et la guérison persiste.

OBSERVATION VI. — M. G..., 30 ans, femme, originaire de l'île Eubée.

Il y a 10 ans, sans raison apparente, elle remarqua une tuméfaction de la jambe droite qui devint plus importante et qui acquit son volume actuel. Lorsque la malade se faisait une éraflure au niveau de la jambe malade, il s'écoulait un liquide séreux et jaunâtre. L'œdème augmente en été, diminue en hiver. Son état actuel est le suivant :

La patiente est maigre. Elle a fréquemment des angines. La tuméfaction énorme qui va de la cuisse aux orteils n'est pas régulière; mais montre par endroits une plus forte épaisseur. Les contours du genou ont disparu. La peau est très pâle, quoique chaude, dure et ne se laisse pas plisser.

Mensuration :

	Cuisse dr.	Cuisse g.
1/3 sup.	64	47
1/3 moyen	60	41,5
1/3 inf.	61	35,5
	Jambe dr.	Jambe g.
1/3 sup.	44	31
1/3 moyen	45	30
1/3 inf.	39	22

Aucun changement de l'œdème pendant les 4 jours de lit précédant l'opération.

Opération le 2 juin 1912.

4 incisions.

Deux de celles-ci à la partie interne et deux à la partie externe de la jambe et de la cuisse.

Au niveau de chaque incision, on extirpe un morceau d'aponévrose de la longueur de l'incision et d'une largeur de 4 travers de doigt.

L'aponévrose est très épaissie (jusqu'à 3 centimètres).

La partie inférieure de l'aponévrose a un aspect normal.

Au 8^e jour, on put remarquer une chute considérable de l'œdème. La peau était souple, se laissait plisser, présentant en quelque sorte l'aspect d'un sac pendu à la face postérieure de la cuisse et du mollet.

La différence de circonférence à la partie moyenne de la cuisse était de 19 cm.

Actuellement deux mois après l'opération, la guérison se maintient et la patiente qui ressentait au début un engourdissement de la jambe peut actuellement circuler sans gêne.

OBSERVATION VII. — J. K..., 40 ans, femme d'Argos.

Pseudo-éléphantiasis du bras gauche consécutif à une obstruction carcinomateuse des voies lymphatiques de l'aisselle.

La patiente fut opérée voici un an et demi d'un carcinome du sein et présente actuellement une récurrence inopérable à la même place.

Opération 5 juillet 1912.

Longues incisions à la partie postérieure du bras gauche, ouverture du fascia qui est un peu épaissi et excision d'un morceau d'aponévrose long et étroit.

Après l'ouverture un liquide abondant et séreux en sort. Guérison per primam.

Disparition de l'œdème.

Mais la douleur et l'engourdissement du bras persistent sans changement.

OBSERVATION VIII. — D. P..., 32 ans. Ouvrier.

Œdème lymphatique du membre inférieur D. accompagné d'une infiltration des ganglions inguinaux correspondants.

La tuméfaction commença il y a neuf mois sans cause apparente.

Le malade subit deux interventions.

Première opération : 1^{er} juillet 1915.

Celle-ci apporta une amélioration de courte durée.

Différence de 6-10 cm. à la jambe et à la cuisse.

Mais l'œdème reparut quand le malade commença à marcher.

Pour cette raison, une deuxième opération fut pratiquée le 10 février 1916.

Deux ans après cette dernière opération le malade peut marcher et travailler librement.

La circonférence du membre a diminué de 8 cm. à la cuisse et de 4 cm. à la jambe.

Telles sont les principales observations de KONDOLEON qui ont été publiées ; nous y ajoutons les résumés d'ob-

servations inédites que M. le Professeur KONDOLEON nous a fait le grand honneur de nous communiquer.

Elles portent sur les années 1931 à 1935.

OBSERVATION IX (*inédite*). — M. PH..., femme, 48 ans.

Eléphantiasis très important du membre inférieur gauche, datant de 2 ans.

Il est apparu à la suite d'érysipèles à répétition. Opéré 3 fois. Au cours de la 3^e opération, mort par infection générale à streptocoques.

OBSERVATION X (*inédite*). — I. M..., garçon de 14 ans.

Eléphantiasis du membre inférieur gauche datant de 7 ans par oblitération lymphatique après adénopathie inguinale supprimée.

Aponévrectomies étendues du genou aux malléoles.

Après l'opération différence de 4 cm. aux malléoles.

2 cm. au 1/3 moyen de la jambe,

2 cm. 1/2 au 1/3 sup. de la jambe.

A la reprise de la marche, l'œdème reparait.

OBSERVATION XI (*inédite*). — T. N..., femme de 48 ans, mariée.

Eléphantiasis de la jambe gauche datant de 32 ans, sans étiologie précise.

Aponévrectomies étendues ;

Différence après l'opération :

10 cm. au-dessous des malléoles,

15 cm. partie moyenne de jambe,

9 cm. 1/2 au 1/3 sup. de la jambe.

OBSERVATION XII (*inédite*). — K. P... Femme célibataire, 20 ans.

Eléphantiasis des deux membres inférieurs depuis 3 ans à la suite d'érysipèles à répétition.

Aponévrectomies par 2 grandes incisions interne et externe de la jambe. Amélioration.

OBSERVATION XIII (*inédite*). — M. Z... Femme de 22 ans, célibataire de La Canée (Crète).

Eléphantiasis de l'avant-bras gauche à la suite d'érysipèles à répétition survenant deux ou trois fois par an.

Aponévrectomies. Diminution incontestable de l'œdème persistant plusieurs mois après l'opération.

OBSERVATION XIV (*inédite*). — A. M..., 23 ans. Homme célibataire.

Eléphantiasis de la jambe gauche à la suite d'érysipèles à répétition.

Aponévrectomies étendues.

Amélioration.

OBSERVATION XV (*inédite*). — M. T..., 26 ans. Femme célibataire d'Andros

Eléphantiasis des deux jambes datant de 7 ans sans étiologie connue.

Traité par des aponévrectomies en 2 temps.

Petite amélioration.

OBSERVATION XVI (*inédite*). — D. K..., 38 ans, homme, originaire de Crète (Voir obs. 2).

Eléphantiasis de la jambe droite datant de 30 ans.

Erysipèles récidivants depuis l'âge de 8 ans.

Première opération en 1911,

Deuxième opération en 1932,

Et actuellement troisième opération ; l'œdème avait diminué, mais il n'était pas entièrement disparu.

Après la dernière opération (nouvelles aponévrectomies), petite amélioration.

OBSERVATION XVII (*inédite*). — E. K..., femme de 24 ans, célibataire, de Volo (Thessalie).

Eléphantiasis de la jambe gauche datant de 7 ans, à la suite d'une suppuration.

Aponévrectomies étendues. Amélioration.

OBSERVATION XVIII (BOEKER). — Femme de 58 ans. Amputation du sein, il y a 2 ans, pour carcinome avec curage de l'aisselle où se trouve une cicatrice chéloïdienne.

Quelque temps après l'opération augmentation de volume considérable du bras gauche.

Le 17 janvier 1913, opération de KONDOLÉON à la face postérieure du bras, excision aponévrotique de 15 cm. de long sur 3 cm. de large. Amélioration manifeste avec retour de la fonction du membre.

Mensurations	Avant	3 semaines après l'opération
Bras	38 cm.	34 cm.
Avant-Bras	34 1/2	32 cm.
Main	24 1/2	23 cm.

OBSERVATION XIX (ROYSTER). — C. P..., 23 ans. Œdème de la jambe droite (du genou aux malléoles) survenu après inflammation de jambe droite.

Opération de KONDOLÉON le 3 janvier 1914.

Mensuration	Avant	Après l'opération
Mollet	22 pouces	17 pouces

OBSERVATION XX (HAUBENREISSER, cas N° 1). — Femme opérée le 17 janvier 1914 pour éléphantiasis de la jambe gauche.

Mensurations	Avant	Après
20 cm. au-dessus rotule	55 cm.	60 cm.
10 cm. au-dessous rotule	45 cm.	44 cm.

Donc augmentation de volume général, mais disparition des douleurs et reprise du travail.

OBSERVATION XXI (HAUBENREISSER, cas N° 2) — Femme. Eléphantiasis de la jambe droite, opérée le 5 août 1914.

Mensurations	Avant	Après
Au-dessus rotule	38 cm.	40 cm.
Au-dessus malléole	30 cm.	26 cm. 5

Notable diminution, plus de douleur.

OBSERVATION XXII (HAUBENREISSER, cas N° 3). — Homme. Eléphantiasis marqué cuisse et jambe gauches, opéré en janvier 1919.

Mensurations	Avant	Après
20 cm. au-dessus rotule	54 cm.	50 cm.
20 cm. au-dessous rotule	47 cm.	40 cm. 5

Donc amélioration notable : disparition des douleurs et reprise du travail.

OBSERVATION XXIII (HAUBENREISSER, cas N° 4). — Femme. Eléphantiasis jambe et cuisse gauches, opérée en juin 1919.

Mensurations	Avant	Après
25 cm. au-dessus rotule	60 cm.	60 cm.
12 cm. au-dessous rotule	39 cm. 5	38 cm.

OBSERVATION XXIV (GUTIERREZ). — Opération d'Halsted pour cancer du sein gauche.

Opéré d'abord à la façon d'HANDLEY avec récédive rapide. Opération de KONDOLÉON, résection d'une large bande d'aponévrose et de tissu cellulaire sur toute la longueur du membre ; amélioration passagère.

Nécessité d'une désarticulation.

OBSERVATION XXV (MAUCLAIRE). — Œdème du membre supérieur consécutif à un évidement axillaire. Incision en L renversée, prolongée sur la région pectorale en avant et la région scapulaire en arrière. Résultat excellent.

OBSERVATION XXVI (RIGAL). — Début à l'âge de 26 ans, par l'avant-pied. Six ans après, prise de tout le membre inférieur. Le 4 septembre 1920, large excision aponévrotique du Grand trochanter à la malléole externe, sur une largeur de 3 travers de doigt : insuffisant. Le 29 octobre, deuxième excision à la face interne ; amélioration maintenue, considérable en 1921, sans toutefois restitution ad integrum, mais avec disparition des douleurs et possibilité de travail.

OBSERVATION XXVII (STRASSER). — Femme de 50 ans qui avait remarqué depuis 10 ans un œdème du membre inférieur gauche qui augmentant peu à peu finit par constituer un éléphantiasis colossal de tout le membre. Par l'excision de grandes parties aponévrotiques au moyen de deux longues incisions à la cuisse et à la jambe, l'œdème diminua considérablement, mais la malade, n'ayant pas été observée plus de 3 mois $1/2$, nous ne pouvons pas juger des résultats éloignés.

OBSERVATION XXVIII (MATAS). — Femme de 46 ans qui souffrait depuis 14 ans d'un éléphantiasis invétéré du membre inférieur droit, survenu à la suite d'attaques répétées d'érysipèle.

Le résultat des ablations aponévrotiques a été satisfaisant et l'amélioration se maintint 5 mois après l'opération.

MATAS rapporte dans le même travail, un cas de GRESSNER, d'un œdème lymphatique de la jambe gauche guéri à la suite de larges excisions de bandes aponévrotiques.

OBSERVATION XXIX (BARBER). — Ouvrier de 34 ans, présentant un œdème lymphatique du bras et avant-bras droits, à la suite d'un phlegmon, guéri depuis longtemps. Ce malade a été opéré deux fois en deux mois. D'abord à la partie interne, puis à la face externe de l'avant-bras. La guérison se maintint complète 6 mois après la seconde intervention. La circonférence de l'avant-bras opéré était alors égale à celle du côté sain.

OBSERVATION XXX (LEFEBVRE). — Nous l'avons déjà signalée. C'est une observation d'œdème chronique des 2 membres inférieurs où l'on appliqua dans la même séance la méthode de WALTHER à droite et celle de KONDOLÉON à gauche.

Les mensurations de la circonférence des membres prises avant et après l'intervention, montrent que l'amélioration a été égale des deux côtés.

OBSERVATION XXXI (CAPRIOLI). — Œdème lymphatique du membre supérieur droit, guéri au moyen de larges excisions de l'aponévrose faites en deux séances.

A la seconde intervention, il laissa les lèvres de l'excision de l'aponévrose grandes ouvertes et obtint un bon résultat.

CRITIQUE DES RÉSULTATS OBTENUS PAR LA MÉTHODE DE KONDOLEON-PAYR

Comme dans les méthodes précédentes on n'obtient pas de guérison complète.

Sur les 31 observations signalées on trouve :

7 *résultats très bons* :

Observations II, V, VI, XI de KONDOLEON.

Les cas de MAUCLAIRE, BARBER, LEFEBVRE.

16 *bons résultats* :

Observations KONDOLEON, I, III, IV, VIII, XII, XIII, XIV, XVII, XIII, XIX.

Observations : HAURENRESSER, n° 2 et n° 3, RIGAL, STRASSER, MATAS, CAPRIOLI.

4 *résultats médiocres* :

Cas VII, X, XV, XVI des observations KONDOLEON.

3 *résultats nuls* :

Cas n° I d'HAUBENREISSER (aggravation).

Cas n° 4 d'HAUBENREISSER.

Observation de GUTIERREZ.

Un décès à la suite d'une intervention, cas n° 9 de KONDOLEON.

CONCLUSIONS

Nous citons textuellement l'opinion du Prof. KONDOLÉON formulée en 1935 :

Mon opinion, d'après une expérience de 23 ans, s'appuyant sur une cinquantaine de cas opérés, est que les récidives, même après des aponévrectomies étendues sont fréquentes dans les formes anciennes, fibreuses et scléreuses de l'éléphantiasis. Dans les formes récentes, non scléreuses, le résultat est meilleur et plus durable.

4° PROCÉDÉ DE SISTRUNK, DI GAETANO, ROMITI

Le procédé de SISTRUNK est l'ampliation de la méthode de KONDOLÉON-PAYR.

Ce n'est plus la simple excision d'un lambeau aponévrotique, mais bien une véritable résection, très large, d'un lambeau losangique comprenant la peau, le tissu cellulaire sous-cutané infiltré et l'aponévrose d'enveloppe. Cela sur toute la hauteur du membre dans sa partie lésée et sur les faces externe et interne de ce dernier.

Cette méthode a été appliquée par DI GAETANO, GIACINTO et ROMITI.

Dans ces opérations qui entraînent des pertes de substance importantes et de vastes décollements, il est prudent d'opérer en plusieurs séances, c'est ce que conseille ROMITI.

Nous empruntons à ce dernier auteur les détails de la technique.

Type d'opération : éléphantiasis de la jambe.

PREMIÈRE SÉANCE.

1^{er} temps. — Incision sur la face externe de la jambe, commençant à 2 ou 3 travers de doigt au-dessous de la

ligne articulaire du genou et se terminant immédiatement au-dessus de la malléole externe.

Incision elliptique traçant un lambeau comprenant la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et l'aponévrose.

Ce lambeau est aussi large que possible, mais il faut prendre garde de ne pas enlever trop de tissu, car on pourrait avoir beaucoup de peine à suturer.

Extirper le lambeau en bloc, en commençant par la région supérieure.

On pratique l'hémostase au fur et à mesure. Il faut s'attacher à ce que l'incision elliptique de l'aponévrose soit plus étroite que celle de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané.

2° *temps*. — Une fois que le lambeau est enlevé, on sépare les berges de l'aponévrose des muscles sous-jacents qui n'adhèrent pas, au moyen d'un instrument mousse : spatule, extrémité mousse des ciseaux.

ROMITI introduit ici un petit artifice personnel, il pratique une incision parallèle à la surface externe du membre dans les deux lèvres du tissu sous-cutané sur une profondeur de 2 cm. environ et sur toute la hauteur de l'incision.

Il insinue alors les lèvres libérées et retournées de l'aponévrose dans le fond de ces incisions latérales faites dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Il les fixe par quelques points séparés au catgut.

Hémostase et fermeture de la peau sans drainage.

DEUXIÈME SÉANCE.

10 à 15 jours après, l'incision interne de la jambe est alors pratiquée.

Quand le volume du membre est très grand et qu'il existe de grands sillons et des proéminences, on pratique des excisions subsidiaires de tissu.

SOINS POST-OPÉRATOIRES

Le pansement appliqué est moyennement compressif.

Les fils sont enlevés du 7^e au 10^e jour.

Dans les cas d'éléphantiasis des membres inférieurs, le malade reste 3 semaines au lit, le membre inférieur en position élevée.

Ensuite il se lève mais il porte un bas élastique ou bien une bande Velpeau.

Dans le cas d'éléphantiasis des membres supérieurs, on laisse le membre supérieur 14 jours en abduction sur un appareil genre attelle de POULIQUEN.

On applique ensuite un bandage élastique comme pour le membre inférieur.

OBSERVATION I (SISTRUNK).

Femme 21 ans. Eléphantiasis du type congénital de la jambe gauche.

En août 1911, intervention à la HANDLEY ; 6 mois après, pas d'amélioration.

En février 1912, pose de fils de soie à la face interne de la jambe ; même état.

En décembre 1916, excision suivant le procédé de l'auteur ; amélioration marquée dès le début.

En mars 1917, la jambe est beaucoup plus mince qu'avant l'opération.

Amélioration maintenue en mars 1918.

OBSERVATION II (SISTRUNK)

Femme 20 ans. Vers 11 ans œdème de la main gauche, progressant vers l'avant-bras et le bras, poussées d'érythème.

Le 13 juillet 1917, excision, amélioration considérable, mais il reste de l'œdème à la main.

En septembre, excision à la main ; amélioration très importante, mais en juillet 1918, l'œdème de la main est revenu à la face dorsale.

OBSERVATION III (SISTRUNK).

Femme 51 ans. Œdème du bras après amputation du sein, début 2 mois après l'opération.

Résection le 1^{er} septembre 1917 ; l'œdème diminue à la main avec amélioration marquée au bras et à l'avant-bras.

OBSERVATION IV (SISTRUNK).

Femme 43 ans. Eléphantiasis avant-bras et main gauches.

Le 12 janvier 1918, excision, amélioration marquée immédiate, persistant le 1^{er} avril.

Retour à l'état antérieur à l'opération.

OBSERVATION V (SISTRUNK).

Femme 17 ans. Œdème très marqué de la jambe et de la cuisse gauches. Excision le 27 novembre 1917. Amélioration marquée, maintenue en juin 1918.

OBSERVATION VI (SISTRUNK).

Fillette 12 ans. Œdème de la cuisse droite ayant débuté il y a 3 ans 1/2. Excision le 12 février 1918. Diminution de volume du membre, puis état stationnaire.

OBSERVATION VII (SISTRUNK).

Femme 21 ans. Amygdalites et rhumatismes.

Œdème de la jambe droite.

Excision d'un côté du membre le 20 avril 1918 ; le 30 du côté opposé. Amélioration immédiate très marquée, maintenue 2 mois après.

OBSERVATION VIII (GREEN).

Femme. Eléphantiasis du membre inférieur droit depuis l'âge de 17 ans avec poussées très graves d'infection de la peau.

Tentative de drainage à la HANDLEY en janvier 1918 sans résultat.

Opération de SISTRUNK : résection d'un lambeau allant du grand trochanter à la malléole externe, large de 10 cm. à la cuisse, de 6 cm. au genou et de 10 cm. au mollet ; résection d'un lambeau identique à la face interne.

Sérum antistreptococcique tous les 3 jours pendant 3 semaines, bandage élastique.

Amélioration étonnante.

Le membre a retrouvé sa souplesse.

OBSERVATION IX du Prof. LENORMANT (*inédite*)

Madame GÉN... Malade entrée le 12 décembre 1922 avec un éléphantiasis du membre inférieur droit datant d'une trentaine d'années sans cause connue portant au maximum sur la jambe et également sur la cuisse. Intégrité du pied.

Du côté gauche, il y a un léger début d'infection à la jambe.

Opération le 16 décembre 1922.

Chloroforme.

On excise successivement les lambeaux losangiques comprenant toute l'épaisseur de la peau, de la graisse sous-cutanée et mettant à découvert les muscles.

1° Sur la face interne de la jambe, un lambeau d'environ 33 cm. sur 7 cm. de large.

2° Sur la face postéro-externe de la jambe, un lambeau de 28 cm. sur 7 cm. de large.

3° A la cuisse, face antéro-externe, un lambeau de 33 cm. sur 14 cm.

La peau et l'aponévrose ne sont que légèrement épaissies mais il existe une énorme hypertrophie de la graisse sous-cutanée qui présente une épaisseur d'au moins 4 à 5 cm.

Après hémostase chacune des plaies est réunie par un surjet à la soie. La réunion est facile à la cuisse, elle n'est obtenue que sous une forte traction pour les plaies de la jambe.

Les sutures terminées, le pied paraît décoloré.

2° Opération, 9 janvier 1923, Prof. LENORMANT.

Chloroforme.

On enlève sur le côté interne de la cuisse un deuxième lambeau ovulaire s'étendant sur toute la hauteur de la cuisse et mesurant environ 12 cm. de largeur à la partie moyenne.

La veine saphène interne est coupée dans le lambeau.

Hémostase. — Réunion cutanée par un surjet de soie sans drainage.

OBSERVATION X. — Prof. LENORMANT (*inédite*).

Mlle CHIR... A..., 22 ans. Entrée le 3 février 1922, envoyée par le D^r GILBERT. Eléphantiasis du pied et de la moitié inférieure de la jambe droite chez une malade présentant des lésions lupiques anciennes.

Rachianesthésie.

Op. : Excision sur la face interne du membre, depuis la région calcanéenne jusqu'au $\frac{1}{3}$ supérieur de la jambe d'un lambeau large de 3 travers de doigt et comprenant la peau, le tissu cellulaire et l'aponévrose jusqu'au muscle.

Peu d'infiltration séreuse, mais épaissement et sclérose extrêmement marquée du derme et de l'aponévrose.

Hémostase.

La réunion de la plaie cutanée n'est possible que dans les $\frac{2}{3}$ supérieurs (surjet à la soie).

Dans le $\frac{1}{3}$ inférieur, malgré toutes les tentatives, il est impossible d'affronter les lèvres cutanées, la peau coupant tous les fils.

On se contente de faire une suture à distance sur mèche.

OBSERVATION XI. — GIACINTO. — *Riforma medica Napoli*,
24 août 1925.

RÉSUMÉ. — G. MARIA, 40 ans.

Eléphantiasis du membre inférieur droit ayant commencé en 1916 par de la lourdeur du membre et de la fatigue, puis la malade eut trois attaques d'érysipèle localisé à ce membre et à la suite un éléphantiasis apparut. Opérée le 21 juillet 1921 sous rachianesthésie. Technique de SISTRUNK.

La malade se lève au 22^e jour.

Après 35 jours, elle est renvoyée guérie.

Revue quelques années après. Elle porte un bandage élastique. Elle est guérie et n'a plus observé de tuméfaction. Elle continue son travail fatigant des champs.

Nous citons ici les observations de BURKE (résultats de l'opération de KONDOLEON dans l'éléphantiasis des membres. Surg. Gyn. Obst. vol. XLVIII, Déc. 1928, n^o 6).

Car sous le nom d'opération de KONDOLEON, l'auteur pratique une exérèse cutanée associée à une aponévrectomie. Nous rangeons donc ces observations dans le cadre de la méthode de SISTRUNK.

OBSERVATION XII. — BURKE. — Cas 1.

M.-B.-B. GURABO, femme 35 ans, admise le 26 septembre 1922, Éléphantiasis très marqué de la jambe droite depuis 16 ans ; sans poussée de lymphangite. Le 4 octobre 1922 une opération de KONDOLÉON fut effectuée sur le côté externe de la jambe et le 10 octobre sur le côté interne. Suture par première intention et la malade sortit le 31 octobre avec amélioration de son état.

Examinée le 29 avril 1927, alors que la patiente effectuait le métier de blanchisseuse. Avant l'opération la malade n'avait jamais eu d'attaque de fièvre, mais actuellement elle en a tous les 3 ou 4 mois. La jambe devient plus large après chaque attaque quoiqu'elle n'ait pas remarqué de rougeurs de la jambe pendant les crises. Elle n'a jamais porté de bas élastiques qui sont trop onéreux pour elle. Les mensurations pratiquées montrent que la jambe a le même volume qu'avant l'opération.

OBSERVATION XIII. — BURKE. — Cas 2.

J.-C. GURABO. Homme de 35 ans admis le 27 novembre 1922 ; éléphantiasis typique de la jambe gauche s'étendant du genou au pied, poussée de lymphangite se produisant tous les 6 mois. Le 5 décembre, après 8 jours de repos au lit, opération de KONDOLÉON sur la face interne de la jambe. L'incision s'étendant du genou au cou-de-pied. Réunion par première intention ; le patient sortit le 25 décembre en voie d'amélioration. Réexaminé le 28 avril 1927, après une journée de travail (il est barbier de son état) : il a été beaucoup amélioré par l'opération et les poussées de lymphangite sont moins fréquentes ; il a porté constamment un bas élastique, les mensurations montrent que la jambe gauche est légèrement plus large que la jambe droite surtout au niveau du cou-de-pied.

OBSERVATION XIV. — BURKE. — Cas 3.

M.-R. AGUADILLA. Femme de 21 ans admise le 10 octobre 1924. Éléphantiasis avancé de la jambe gauche ; poussées récurrentes de lymphangite depuis 6 ans.

Le 16 octobre, après 5 jours de repos au lit, opération de KONDOLÉON sur la face externe de la jambe gauche, l'incision s'étendant du genou au cou-de-pied. On obtint une fermeture par première intention avec une diminution marquée du volume de la jambe. Le 21 avril 1927, la mère nous dit que la malade a un résultat très satisfaisant ; elle a porté un bas élastique d'une façon permanente et les deux jambes sont pratiquement d'égal volume ; il n'y a pas eu de nouvelles poussées de lymphangite.

OBSERVATION XV. — BURKE. — Cas 4.

C.-C. GUADILLA. Homme de 40 ans admis le 20 février 1925 ; éléphantiasis marqué de la jambe droite depuis deux ans. Des attaques de lymphangite à répétition sont apparues depuis neuf ans. Le 3 mars, après douze jours de lit, on pratique une opération de KONDOLÉON sur la face externe de la jambe droite. L'incision s'étendant du genou au cou-de-pied. Nouvelle opération sur le côté interne de la jambe le 19 mars. Suture per primam et le patient sort le 6 avril présentant une amélioration notable.

Réexaminé le 23 mars. 1928, après avoir travaillé tout le jour, il dit qu'après l'opération la fréquence des attaques fébriles avait grandement diminué. Mais depuis 6 mois les attaques sont réapparues avec une fréquence accrue revenant tous les mois. Il n'a pas porté de bas élastique et sa jambe ne présente pas d'amélioration.

OBSERVATION XVI. — BURKE. — Cas 5.

C.-C. AGUADI. Femme de 28 ans entrée le 12 mars 1925. Eléphantiasis prononcé de la jambe gauche sans avoir jamais eu de poussées de lymphangite. Le 20 mars, après un séjour de 8 jours au lit une opération de KONDOLÉON est pratiquée sur le côté externe de la jambe gauche, l'incision s'étendant du milieu de la cuisse au cou-de-pied, la même opération fut répétée le 9 avril sur la face interne ; suture per primam ; sorti le 28 avril avec une amélioration certaine. Examinée le 23 mars 1928 après avoir travaillé toute la journée comme blanchisseuse, elle dit n'avoir pas eu de poussée de lymphangite ; elle n'a pas porté de bas élastiques à cause de la dépense, mais elle a porté des chaussures montantes. Un an après qu'elle eut quitté l'hôpital l'affection apparut au niveau de la jambe droite.

OBSERVATION XVII. — BURKE. — Cas 6.

S.-R. RIO PEDRAS. Femme de 24 ans, admise le 31 août 1935. Eléphantiasis de la jambe droite à la suite d'attaques récurrentes de lymphangite depuis l'âge de 19 ans. Le 19 septembre, après 19 jours de lit, opération de KONDOLÉON, sur la face externe de la jambe droite, l'incision s'étendant du genou au cou-de-pied, fermeture per primam. Sort le 13 octobre avec une amélioration nette. Examinée le 28 avril 1927. Elle n'a pas eu d'attaques de lymphangite depuis l'opération ; elle a porté constamment un bas élastique depuis cette époque ; la jambe droite n'a pas augmenté de volume.

OBSERVATION XVIII. — BURKE. — Cas 7.

E.-E. AGUADILLA. Garçon de 14 ans, entré le 29 septembre 1925. Eléphantiasis des deux jambes, plus marqué à gauche. Depuis 8 mois il avait eu des poussées récidivantes de fièvre, sans être accompagnées de lymphangite des jambes. Le 13 octobre, après 15 jours de lit, on pratique une opération de KONDOLÉON sur la face externe de la jambe gauche du genou au cou-de-pied. Le 4 novembre une opération analogue est faite sur le côté interne de la jambe. Suture per primam. Sort le 20 novembre avec une amélioration indiscutable. Examiné le 27 avril 1927. Il n'a pas eu de poussées de lymphangite jusqu'au mois précédent où il eut une attaque persistant un jour. Il n'a jamais porté de bas élastique à cause du prix ; les deux jambes ont continué à augmenter de volume.

OBSERVATION XIX. — BURKE. — Cas 8.

I-V. FAGARDO. Homme de 23 ans ; entré le 6 novembre 1919, il avait un éléphantiasis très avancé du membre inférieur droit accompagné d'attaques fréquentes de lymphangite. Le 21 novembre, après un séjour de 15 jours au lit, on pratiqua une opération de KONDOLÉON sur la face interne du membre inférieur droit, les incisions s'étendant juste au-dessous de l'aîne à la malléole interne. L'opération fut répétée sur la face externe de ce membre, le 23 janvier 1920 ; les incisions s'étendant de l'interligne articulaire du genou à la malléole externe. Une troisième opération fut faite sur la partie postérieure de la jambe le 19 février ; les incisions s'étendant du genou au cou-de-pied. Les plaies opératoires guérirent lentement et le patient sortit le 16 mars considérablement amélioré. Examiné le 5 mai 1927, cette amélioration considérable persistait. Avant l'opération il avait eu jusqu'à 4 ou 5 poussées de lymphangite par an, mais dans les deux années suivant l'opération il n'avait pas eu d'attaques. Dans la journée il travaille comme graisseur dans une fabrique de cigares, sa jambe enfle, mais cette enflure disparaît après le repos de la nuit. Il a porté continuellement un bas élastique et trouve que sa jambe quoique certainement plus grosse qu'à sa sortie de l'hôpital est cependant moins large qu'avant l'opération.

OBSERVATION XX. — BURKE. — Cas 9.

M.-G. AGUADILLA. Femme de 42 ans, entrée le 18 octobre 1927. Elle a un éléphantiasis marqué de la jambe gauche depuis 12 ans, mais elle n'a jamais eu de fièvre ni de lymphangite. Le 26 octobre, après 6 jours de lit, une opération de KONDOLÉON est pratiquée sur la face externe de la jambe gauche, les incisions s'étendant du genou au cou-de-pied ; le 9 novembre une nouvelle opération est pra-

tiquée sur la face interne de la jambe, les incisions s'étendant de la mi-cuisse au cou-de-pied. La deuxième intervention fut choquante et nécessita l'injection intra-veineuse de 300 cc. de sérum. Suture per primam. Le sujet sortit le 25 novembre, présentant une amélioration. Le 18 avril 1928, 6 mois après, la malade écrivait qu'elle portait un bas élastique, que l'enflure de sa jambe avait notablement rétrocedé et que le résultat était satisfaisant.

RÉSULTATS IMMÉDIATS

1° MORTALITÉ

Cette opération n'est nullement dangereuse pour le patient (ROMITI).

Nous n'avons pas trouvé de cas de mort dans la littérature.

En tous cas la mortalité n'est pas plus élevée que dans l'appendicectomie à froid.

2° COMPLICATIONS OPÉRATOIRES IMMÉDIATES

a) LE SHOCK :

Le shock peut être observé dans de rares cas où une hémorragie importante est survenue.

CAS D'HÉMORRAGIE GRAVE. — BURKE.

Garçon de 13 ans. Depuis sa naissance il avait un énorme éléphantiasis du membre inférieur droit, s'étendant de la hanche au cou-de-pied, il mesurait 35 cm. de circonférence au-dessous du genou et 50 cm. au mollet. Opéré le 15 décembre 1925, après 40 jours de lit. Tentative d'opération de KONDOLÉON et tracé de l'incision ; dissection des lèvres de la plaie, commençant juste au-dessus du genou sur la face latérale. Application d'un tourniquet au niveau de la cuisse au-dessus de l'incision qui ne réussit pas à supprimer la circulation et du sang s'écoula abondamment. On essaya de poser des pinces hémostatiques, mais en vain, car les tissus étaient trop durs. Les lèvres furent disséquées jusqu'au 3/4 de la hauteur de l'incision, mais à ce moment le pouls était à 180 et commençait à

s'affaiblir, l'opération fut interrompue et la plaie refermée sommairement, un drain fut placé dans l'angle inférieur de la plaie, un traitement contre le choc fut instauré avec succès. Ce malade fut vu la dernière fois le 1^{er} mars 1928 ; l'éléphantiasis est alors pratiquement le même, mais il n'y a pas eu de nouvelles poussées de lymphangite.

b) LA GANGRÈNE DU MEMBRE :

Ne se voit pas dans les opérations type KONDOLEON. Peut se voir dans les cas traités par la méthode de SISTRUNK mais cette complication est, empressons-nous de le dire, exceptionnelle. Le seul point important est de ne pas créer de perte de substance trop considérable pour éviter que le membre soit garrotté par les sutures. C'est pourquoi ROMITI pratique ses incisions externe et interne en deux séances à 10 ou 15 jours de distance.

OBSERVATION BURKE (Cas de gangrène).

Un patient a été opéré en juin 1919, l'intervention a porté sur les deux côtés de la jambe en même temps; il y eut gangrène parce qu'on avait enlevé trop de tissu et que, par là même, les sutures furent trop tendues. L'amputation au-dessous du genou fut pratiquée un mois après.

COMPLICATIONS OPÉRATOIRES SECONDAIRES

L'infection de la plaie opératoire est rare à condition d'opérer des malades n'ayant plus de poussées inflammatoires locales, car ces interventions chirurgicales relèvent de la chirurgie aseptique. L'hémostase doit être poussée. En principe on ferme sans drainer. Tout au plus place-t-on un drainage filiforme qui sera enlevé au bout de 48 heures. Le moment de l'intervention doit donc être judicieusement choisi et les téguments seront soigneusement préparés.

Mais cela est banal et relève des précautions évidentes qui doivent être prises chaque fois qu'on pratique un acte chirurgical aseptique.

CRITIQUE DES RÉSULTATS DONNÉS PAR LA MÉTHODE DE SISTRUNK

On obtient les mêmes résultats que ceux observés à la suite de l'opération de KONDOLEON PAYR.

Sur 20 observations recueillies dans ce travail on observe :

Très bons résultats : 3 cas : observations GREEN, GIACINTO, BURKE, n° XIV.

Bons résultats : 10 cas.

Observations SISTRUNK, I, III, V, VI, VII.

Observations BURKE, XIII, XVI (mais atteinte ultérieure de l'autre membre), XVII, XIX, XXIV.

Résultats médiocres : 1 cas.

Observation SISTRUNK, n° II.

Résultats nuls : 4 cas.

Observation SISTRUNK, n° XIV.

Observations BURKE, XII, XV, XVIII.

Par contre, par cette méthode, on signale un cas de shock (observation BURKE) et un cas de gangrène post-opératoire (observation BURKE) donc 6 mauvais résultats.

RÉSULTATS DONNÉS PAR LES MÉTHODES DE DRAINAGE

1° Guérit-on l'éléphantiasis des membres par les méthodes de drainage ?

Les méthodes de drainage ne guérissent pas l'éléphantiasis pour deux raisons :

1) Elles n'agissent pas sur la cause qui a produit l'éléphantiasis.

Celui-ci est le terme ultime d'un processus qui nous est inconnu.

Progressivement les tissus superficiels d'un membre se sont modifiés dans le sens de la sclérose avec stase lym-

phatique. Ce n'est pas en effondrant l'aponévrose qu'on agira sur la cause intime qui a lésé les tissus.

2) Lorsque le tissu éléphantiasique est produit, il ne disparaît pas. Il persiste en témoin (comme un cal de fracture). Pour ne plus le voir il faut procéder à son ablation et le traiter comme une tumeur bénigne.

Or les méthodes de drainage n'ont pas ces prétentions.

2° Par contre, il est indiscutable que ces drainages améliorent les éléphantiasis d'une façon souvent considérable.

Dans certains cas même, on peut considérer l'amélioration comme une guérison clinique.

L'amélioration porte sur les points suivants :

1) *Volume*. Le fait de réduire la circonférence de ces membres énormes est déjà capital. Ces malades sont souvent obligés de se vêtir d'une façon spéciale, dans beaucoup de cas ils ne peuvent travailler.

C'est donc leur rendre un grand service que de redonner à leur membre un aspect à peu près normal.

2) *Elasticité des tissus*. Le drainage diminue souvent la tension des tissus et par là diminue la fragilité de ceux-ci et leur chance d'infection.

Quelle est la place des méthodes de drainage dans le traitement de l'éléphantiasis

Le drainage ne s'oppose pas aux autres traitements, et il faut savoir lui associer le traitement médical pré et post-opératoire.

Il faut également faire remarquer qu'en cas d'échec d'une méthode de drainage, il ne faut pas hésiter à appliquer ultérieurement une autre méthode de drainage.

Par exemple à la suite d'un échec de la méthode de HANDLEY, on pratiquera au bout de deux à trois mois un

drainage à la KONDOLEON et vice-versa. On peut ainsi obtenir d'excellents résultats.

En cas de drainage profond, nous préférons la méthode de KONDOLEON à la technique de SISTRUNK, car les résections cutanées au niveau des membres nous paraissent assez dangereuses.

Opérations sur le système nerveux sympathique

Si estimables que soient les résultats obtenus par les méthodes de drainage, il faut reconnaître qu'ils sont loin d'être parfaits. Aussi certains auteurs pensant à l'origine sympathique possible de l'éléphantiasis pratiquèrent-ils des sympathectomies. Ce furent des échecs.

OBSERVATION INÉDITE. — PROF. LENORMANT ET D^r MOURE

M. PHIL... ARM..., entré le 26 juin 1922.

27 juin 1922 (D^r MOURE).

Sympathicectomie périfémorale pour énorme ulcère trophique avec éléphantiasis de la jambe droite.

On dénude l'artère sur 8 cm. environ en prenant soin de la râcler au plus près et de détruire la gaine de la face profonde.

On résèque également le nerf saphène interne.

A la fin de l'opération on constate que le pied s'est réchauffé.

Une piqûre du gros orteil saigne nettement, peut-être un peu plus que du côté opposé.

Avant de fermer la peau, on fait passer l'artère sur le bord interne du couturier que l'on fixe au-dessous d'elle.

Echec de la sympathicectomie périfémorale.

Nouvelle intervention le 22 juillet 1922 (Prof. LENORMANT). Rachi-anesthésie.

Amputation de jambe immédiatement au-dessous de la tubérosité tibiale antérieure.

Incision en raquette à queue antérieure.

Réunion difficile en raison de la brièveté du lambeau et de la rigidité des tissus.

Suture sans drainage.

OBSERVATION INÉDITE (Service du D^r ROUX-BERGER).

Madame BR..., 47 ans, sans profession.

Au décours d'une atteinte grippale en 1918, la malade présente un œdème total du membre inférieur droit et de la grande lèvre du côté correspondant.

Cet œdème est accompagné de douleurs abdominales. La malade continue cependant à vaquer à ses occupations.

Cet œdème est blanc, indolore, il prend le godet, il est violacé en position debout.

Il n'y a jamais eu de poussée de lymphangite et la malade n'a jamais constaté d'excoriation cutanée.

Il n'existe pas de spina bifida occulta.

Au moment des règles apparaissent des douleurs dans le membre inférieur.

La malade a subi une appendicectomie en novembre 1923 ; cette intervention n'a eu aucune action sur l'œdème. Les règles étant devenues irrégulières et brunâtres, un curetage et une dilatation utérine furent pratiqués en janvier 1924.

En 1927, ablation de l'ovaire droit et en même temps sympathicectomie périartérielle de l'artère iliaque externe droite (D^r LA-POINTE).

Résultats immédiats : disparition de l'œdème et de la douleur au niveau de la cuisse et de la grande lèvre.

Il persiste un œdème segmentaire indolore au niveau de la jambe droite et du dos du pied.

Cet œdème est élastique, ne prenant pas le godet, il existe encore en 1936 et a tous les caractères d'un éléphantiasis typique.

Par ailleurs, en 1934, à la suite de métrorragies et de douleurs, la malade a subi une hystérectomie. Aucune action sur l'éléphantiasis.

Le 25 février 1936, ayant toujours des douleurs abdominales dans le flanc droit, le D^r ROUX-BERGER pratique une épiploectomie.

On voit par cette observation que la sympathicectomie a eu un résultat immédiat mais limité.

Elle a agi sur le facteur œdème et douleur de la cuisse. Elle n'a eu aucune action sur l'éléphantiasis de la jambe.

OBSERVATION BERARD ET WERTHEIMER

(Oedème éléphantiasique du membre supérieur. *Lyon chirurgical*, tome XXII, n° 5, sept.-oct. 1925, p. 689).

Malade de 48 ans. Entré pour un œdème volumineux du membre supérieur gauche, apparu brusquement 10 ans auparavant à la suite d'une violente émotion.

Oedème éléphantiasique du membre supérieur gauche considérable et respectant seulement le 1/3 supérieur.

Très marqué au niveau de la main.

Blanc, dur, indolent, déterminant une impotence presque complète de tout le membre.

Le pouls radial étant perceptible.

L'examen clinique ne révélait rien d'autre qu'un petit ganglion sur le bord inférieur du grand pectoral à gauche et un autre dans la région carotidienne droite.

Mensurations :

Circonférence du bras à 10 cm. de l'olécrâne : 32 cm.

Circonférence de l'avant-bras à 10 cm. de l'olécrâne : 30 cm.

Première intervention le 10 octobre 1924.

Sympathectomie périartérielle au niveau de la partie tout à fait supérieure de l'humérale.

Le petit ganglion fut prélevé : caractère tuberculeux.

L'aponévrose ne fut pas suturée. Résultat négatif.

Cette opération permit de constater la localisation élective de l'œdème aux plans sus-aponévrotiques et l'aspect tout à fait normal des plans sous-aponévrotiques.

Première opération de KONDOLEON, 18 novembre 1924.

Sur la face externe de l'avant-bras et du bras, on pratique une longue excision aponévrotique.

Amélioration notable, d'autant que l'incision brachiale laisse écouler pendant plusieurs jours un important épanchement lymphoréique.

Le 9 décembre 1929, la malade a récupéré l'usage de sa main et l'œdème a notablement diminué sur la face dorsale de celle-ci.

Le 11 décembre, on fait une intervention analogue portant sur la région olécranienne, excisant la bourse séreuse rétro-olécranienne et établissant une large communication entre les plans sus et sous-aponévrotiques.

Cette intervention ne modifie pas sensiblement l'état du membre.

Le 6 janvier 1925, on pratique une opération de HANDLEY. Trois grands fils de soie de gros calibre traversent en sillon tout le membre supérieur pour aboutir dans les tissus sains des régions deltoïdienne et pectorale.

En outre, on institue un traitement régulier consistant en massages et en applications quotidiennes d'une bande de caoutchouc modérément serrée autour du membre supérieur.

Progressivement l'état de la malade s'améliora, l'œdème diminua au point qu'il fut possible de percevoir les reliefs osseux et même ceux des tendons extenseurs sur la face dorsale de la main.

Les mensurations traduisirent une diminution de la circonférence de 1 cm. 5 au bras et de 2 cm. à l'avant-bras.

RÉSULTATS. — Echec de la sympathectomie.

Résultat incomplet de l'opération de KONDOLEON.

Résultats favorables de la méthode lymphangioplastique d'HANDLEY, mais à noter que l'utilisation successive des méthodes complique l'appréciation.

OBSERVATION II. — PÉNIN (Thèse Paris, 1935).

RÉSUMÉ. — Mlle R. O..., âgée de 23 ans.

Le 26 avril 1933, la malade se heurte violemment le métacarpe dorsal de la main gauche contre une porte.

Aussitôt après le traumatisme, la main commença à enfler et la blessée à souffrir.

Au bout de trois jours, la tuméfaction était constituée.

Depuis ce temps la malade souffre. La douleur était constante. A la fois spontanée et provoquée par des mouvements. Elle consistait surtout en sensations de picotements.

Aussitôt après le traumatisme la lésion fut traitée par des pansements humides et des bains chauds. Dans la suite, on essaya des rayons ultra-violets et infra-rouges. Cela sans aucun résultat.

Vue le 15 juin 1934 par le Dr Pierre ROUQUÈS qui diagnostiqua un œdème dur traumatique du dos de la main. Il constata à ce moment une tuméfaction prédominant surtout au niveau des deuxième et troisième métacarpiens et dont l'aspect violacé s'accroissait de temps à autre.

Au niveau de la tumeur, la peau était plus froide que du côté sain. La force de la main évaluée par pression, au dynamomètre était égale à zéro. Les douleurs persistaient irradiant dans l'avant-bras et le bras jusqu'à l'épaule.

Opérée le 4 juillet 1934, soit près de quinze mois après le début des troubles : sympathectomie périlumérale, anesthésie locale.

Après l'intervention on observa une légère diminution de l'œdème mais les douleurs persistèrent et la force ne revint pas.

La malade sort de l'hôpital mais ne peut reprendre son travail.

L'assurance lui accorde une pension, évaluant son invalidité à 20 pour 100.

La sympathectomie n'a produit aucune amélioration.

Nous pensons que l'œdème chronique était parvenu au stade éléphantiasique, c'est ce qui expliquerait l'échec de l'opération sympathique.

On comprend aisément que ces interventions sur le sympathique aient abouti à un échec.

L'éléphantiasis étant un véritable tissu de cicatrice, une opération dont les conséquences sont purement vasomotrices, ne pouvait agir.

De même lorsque les malades sont porteurs d'éléphantiasis et de spina bifida occulta, l'intervention sur le rachis est toujours vouée à un échec.

En voici un exemple :

OBSERVATION P. WERTHEIMER. — Documents et réflexions sur les œdèmes chirurgicaux des membres. Obs. VI très résumée. (Journal de Chirurg. T. XXXIX, n° 5, mai 1932, p. 650).

Mlle R..., 19 ans, après un traumatisme minime survenu le 15 octobre 1927 acquiert un œdème du membre inférieur droit. Le 20 octobre 1929, une sympathectomie périartérielle produit une amélioration certaine nette dès le premier jour mais qui ne dure pas (donc échec).

Au printemps 1930, on constate l'existence d'un spina bifida au niveau de l'arc postérieur de LV.

En présence de cette lésion susceptible d'être incriminée dans la pathogénie de l'éléphantiasis on décide d'intervenir. Le 4 juillet 1930, on découvre la région correspondant aux arcs postérieurs de la cinquième vertèbre lombaire et de la première sacrée.

On trouve à ce niveau une sorte d'arc fibreux qui est reséqué. La dure-mère apparaît alors laissant voir par transparence à l'intérieur de l'étui les racines de la queue de cheval.

Plus bas il existe également une sorte de brique fibreuse reliant la dure-mère au premier arc sacré. Elle est reséquée également et la dure-mère apparaît alors libérée de toute adhérence.

Cette intervention n'amène aucune modification appréciable dans l'état de la malade.

Opérations mixtes, sympathectomies et drainages au cours de la même intervention

En voici deux observations :

OBSERVATION WERTHEIMER. — Documents et réflexions
sur les œdèmes chirurgicaux des membres.
(J. de C., T. XXXIX, n° 5, mai 1932, p. 650).

D... Marcel, 19 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 4 décembre 1925, dans le service de M. le Professeur ROQUE, pour éléphantiasis des membres inférieurs. Les antécédents héréditaires ou collatéraux n'offrent rien de notable.

Le malade déclare que son membre inférieur gauche eut toujours des dimensions anormales et cette anomalie paraît avoir été congénitale.

D'ailleurs à l'âge de 8 mois et demi, le malade avait été soumis à l'examen de M. le Professeur NOVÉ-JOSSERAND à l'Hôpital de la Charité.

M. NOVÉ-JOSSERAND a bien voulu nous communiquer les renseignements en sa possession.

Dès la naissance on avait remarqué le volume anormal de la verge ; à l'âge de 1 mois on vit se développer un peu d'œdème de la jambe gauche. Celui-ci s'accrut peu à peu. La jambe droite paraissait également un peu augmentée de volume.

A 8 mois, la verge apparaît déformée par un œdème du prépuce. Les téguments ont une coloration normale ; mais le derme est épaissi ; l'œdème affecte surtout la face dorsale de l'organe.

La moitié droite du scrotum est plus volumineuse ; on sent du même côté, au niveau de la queue de l'épididyme une petite masse mollassse, du volume d'une cerise. Au niveau de la jambe droite, il existe de l'œdème limité à la face antéro-externe et s'étendant au dos du pied. Du côté gauche il est beaucoup plus accentué et il s'étend jusqu'à la racine de la cuisse. Le membre a un aspect éléphantiasique.

Le 10 avril 1906, M. NOVÉ-JOSSERAND pratique une circoncision au cours de laquelle il fait les constatations suivantes : les tissus présen-

tent l'aspect d'un œdème dur, gélatineux par places ; ils sont fortement vascularisés ; l'artère dorsale de la verge est très grosse.

L'intervention est suivie de séances de compression au niveau des membres, exécutée à l'aide d'une bande d'ESMARCH. Jusqu'au moment de la puberté l'œdème a progressé très lentement. A plusieurs reprises, pendant les premières années, il s'écoulait de la surface des bourses, au niveau de petites phlyctènes, un liquide blanchâtre. Au niveau des membres inférieurs le malade n'a jamais présenté de phénomènes inflammatoires très marqués. De temps à autre, le malade présentait de petites poussées ganglionnaires, notamment au niveau de l'aisselle gauche et d'un ganglion thoracique nettement perçu sous le sein droit.

Le médecin traitant du malade, M. le Docteur VINOY vit à plusieurs reprises, en mettant le malade au lit, la diurèse augmenter et les œdèmes diminuer.

Au moment de la puberté, très rapidement, l'œdème des membres inférieurs et des organes génitaux s'accrut dans des proportions considérables.

Malgré l'énorme difformité dont il est atteint et qu'il masque sous un accoutrement spécial, le malade n'est pas un impotent ; il travaille régulièrement. La topographie de l'œdème est nettement segmentaire. Les téguments ne présentent en aucun point les caractères inflammatoires. Il n'existe pas de ganglions inguinaux. Au niveau du scrotum les téguments sont infiltrés, épaissis et présentent de petites productions dures, blanchâtres, de la grosseur d'une tête d'épingle, correspondant aux points par où s'écoulait la lymphe. Sous cette hypertrophie, les testicules ne sont pas perçus.

Il n'existe aucun symptôme traduisant un trouble endocrinien. Le malade ne présente ni hypertrophie du corps thyroïde, ni myxoœdème. Il n'accuse ni polyurie, ni glycosurie.

La radiographie de la base du crâne ne montre pas d'altération de la selle turcique.

Il n'y a ni pigmentation anormale, ni hypotension. Du point de vue génital le malade est normal, il accuse des érections et un appareil génital satisfaisant.

On note seulement l'existence d'une hypertrophie légère du sein gauche.

La formule sanguine est à peu près normale en dehors d'une légère augmentation du nombre des grands mononucléaires (34 %).

Du point de vue neurologique l'examen est strictement négatif. La radiographie de la colonne lombo-sacrée ne révèle aucune malformation.

Il s'agit donc d'un syndrome éléphantiasique ou d'un trophœdème ayant un caractère congénital mais non familial et nettement influencé dans son développement par la puberté.

Les mensurations effectuées à l'entrée donnent les renseignements suivants :

	Côté droit	Côté gauche
Cuisse 10 cm. au-dessus de la base de la rotule.	60	64
— 20 cm. — — —	58	62
— 30 cm. — — —	54	55
Base de la rotule	52	49
Jambe 10 cm. au-dessous de la rotule	70	60
— 20 cm. — — —	76	69
— 30 cm. — — —	78	70
— 40 cm. — — —	40	37
Pied	31	32
Circonférence des bourses	38	

Ces mensurations sont reprises après une semaine de repos au lit absolu. La rétrocession est sensible et chacune des circonférences considérées accuse une diminution qui varie entre 2 et 4 cm.

Le malade m'est confié par mon maître, M. le Professeur Roque, qui exprime le désir qu'un essai thérapeutique soit tenté par le moyen d'une intervention sympathique.

Je décide de recourir à une ramisection lombaire du côté gauche, et à cet effet la malade passe dans la clinique de mon maître, M. le Professeur BÉRARD.

Intervention le 11 janvier 1926. Anesthésie générale. Par voie sous-péritonéale on accède sur la chaîne sympathique lombaire droite. Les rameaux communicants correspondant aux 2°, 3° et 4° racines lombaires sont sectionnés, puis la chaîne elle-même au-dessous du 4° ganglion lombaire.

Dans le même temps, on fait à la face externe de la cuisse gauche une incision de 12 cm. intéressant l'aponévrose, les bords de l'incision aponévrotique sont suturés aux muscles. Enfin dans l'angle supérieur de cette plaie opératoire on introduit un gros fil de soie qui est conduit jusque dans la paroi abdominale.

L'intervention est bien supportée et les suites en sont simples. L'état du malade est amélioré, mais il semble que ce soit surtout par l'effet de l'intervention dérivatrice. Pour compléter le résultat obtenu on décide de recourir à une seconde intervention.

En février (23 février) on pratique au niveau des deux mollets une excision elliptique comprenant la peau, le tissu cellulaire et l'aponévrose d'enveloppe.

Les lèvres de celle-ci ne sont pas suturées ; les téguments sont réunis.

Les suites furent simples.

A la suite de cette troisième intervention, l'amélioration obtenue est importante.

De nouvelles mensurations sont faites 3 semaines plus tard alors que le malade se lève déjà depuis plusieurs jours.

	Cuisse droite	Cuisse gauche
A 30 cm. de la base de la rotule.	58	61
A 20 cm. —	56	57
A 10 cm. —	48	47,5

	Jambe droite	Jambe gauche
A 10 cm. de la base de la rotule.	63	53
A 20 cm. —	59	49
A 30 cm. —	57	48
Cou-de-pied droit	33	34
Pied droit	32	31

En somme, la diminution de volume affecte surtout la jambe où la différence varie de 4 à 11 cm. Par contre au niveau de la cuisse, l'amélioration est moins sensible ; elle l'est d'autant moins qu'on se rapproche davantage de la racine du membre ; elle est nulle au cou-de-pied et au pied (Fig. 2).

Dans l'ensemble, le malade se déclare satisfait et quitte l'hôpital. Il est suivi pendant 2 ans par son médecin traitant et reprend ses occupations habituelles.

Le 18 octobre 1928, le malade est adressé à l'hôpital de Grenoble et confié aux soins de M. le Docteur BONNIOT. Depuis son précédent séjour à l'Hôtel-Dieu de Lyon l'état du malade s'est beaucoup amélioré.

Les membres inférieurs ont considérablement diminué de volume. La peau est flasque, formant de très gros plis transversaux retombant comme les volants d'une robe.

Le malade porte des bandes très serrées, et, par-dessus celles-ci des bas à varices.

Les pieds seuls ne se sont guère modifiés.

Le scrotum également reste très volumineux ; la verge y est en quelque sorte enfoncée et les tissus éléphantiasiques se continuent sans ligne de démarcation aucune au scrotum, au frein, au gland.

La verge n'a pas de face inférieure et les érections se trouvent de ce fait, très limitées.

Les deux testicules sont en ectopie, décelables au niveau des orifices inguinaux externes.

Le 25 octobre 1928, sous anesthésie générale, on fait une incision semi-circulaire transversale intéressant les 2/3 antérieurs de la circonférence de la verge un peu au-dessus du sillon balano-préputial. L'urèthre, dans lequel une sonde a été placée, est libéré peu à peu de la coque éléphantiasique qui l'entoure. La perte de substance ainsi créée est comblée par autoplastie. Un lambeau tubulaire est prélevé sur la paroi abdominale.

Le 28 novembre 1928, sous rachianesthésie le canal inguinal est incisé et le testicule droit découvert.

Le gubernaculum testis est infiltré d'un énorme œdème.

Le cordon est libéré.

La même manœuvre est effectuée du côté gauche et la libération est plus difficile.

Une résection très étendue du scrotum est ensuite pratiquée (475 gr.) après incision et clivage d'une petite loge sous-cutanée sur les deux faces latérales de ce qui reste du scrotum, on fait passer chaque testicule à travers la cloison dans la loge opposée où il est fixé.

Le 21 décembre 1928, sous rachianesthésie, la verge est libérée du scrotum, et le lambeau tubulé après l'écoulement est appliqué sur la face inférieure de la verge.

Le malade quitte le service le 6 janvier 1929.

Il est revu le 19 février 1931, très satisfait de ses membres inférieurs. Il mène sans difficulté une vie normale, travaille, fait de la bicyclette. Le pied gauche reste assez volumineux et le malade demande à ce qu'on l'améliore.

Au point de vue génital, le malade passe par des phases alternatives d'impuissance et d'appétit sexuel ; il désire se marier, mais le lambeau autoplastique est demeuré un peu exubérant et le malade craint que les rapports ne soient difficiles de ce fait.

L'examen confirme l'opinion du malade.

Les membres inférieurs, à l'exception du pied gauche, se sont encore notablement améliorés. L'orchidopexie réalisée ne s'est pas maintenue. La verge est très déformée bien qu'elle ait conservé une longueur appréciable. Le 26 février 1931, sous rachianesthésie, on place un fil de soie partant de la face dorsale du pied gauche. Il est conduit par la face externe de la jambe et de la cuisse jusqu'à la région lombaire.

Le lambeau autoplastique est retouché.

Le malade est revu en septembre 1931 : le pied gauche ne s'est pas modifié. Par contre il est marié depuis 3 mois et prétend avoir une vie génitale normale. Le malade a été revu tout récemment (janvier 1932). Habillé, il présente l'aspect d'un individu normal. De fait, il peut se vêtir de vêtements confectionnés ; il est seulement obligé de porter des souliers adaptés à sa mesure.

Il mène une vie normale tant au point de vue social que conjugal.

Depuis le début du traitement que nous avons inauguré, il a perdu 38 kg.

Les mensurations au niveau des membres inférieurs donnent les résultats suivants :

	Côté droit	Côté gauche
Cuisse 20 cm. au-dessus de la base de la rotule.	52	52
Cuisse 10 cm. au-dessus de la base de la rotule.	45	42
Base de la rotule	36	38
10 cm. au-dessous de la base de la rotule	38	40
20 cm. au-dessous de la base de la rotule	40	40

Le malade continue à s'entourer les membres inférieurs de bandes élastiques. Il est à noter que l'aspect du membre inférieur est très voisin de celui d'un membre normal, or ce côté fut l'objet d'une ramisection lombaire.

A gauche, dans la région du genou, persiste un certain degré d'infiltration.

Dans l'ensemble on peut considérer le résultat actuel comme très satisfaisant.

(Observation BÉRARD et WERTHEIMER, séance du 2 avril 1925, Société de Chirurgie de Lyon, *Lyon Chirurgical* 1925, p. 689.)

2° OBSERVATION D^{rs} DE GAUDART D'ALLAINES et BRIDOT (inédite)

Madame I.E.M... Marie, 32 ans, bonne à tout faire, entre le 9 février 1936, pour œdème bilatéral des membres inférieurs.

Le début remonte à l'âge de 17 ans (1920). Elle était bien portante, quand un jour elle eut une grande contrariété, et le lendemain matin, au lever, la malade constata que le membre inférieur gauche était enflé.

Cette enflure s'étendait du pied jusqu'à l'aîne.

Il fut impossible à la malade de mettre son bas et sa chaussure.

La peau n'était ni rouge ni chaude.

Elle habitait à ce moment la campagne normande et portait des sabots avec des chaussons et des bas cependant, elle n'avait pas remarqué à cette époque la moindre excoriation.

Il est à noter que dans les antécédents personnels et collatéraux de la malade, on ne trouve aucune affection comparable.

La malade a été réglée à 18 ans.

Père bien portant.

Mère décédée des suites de couches.

Deux sœurs bien portantes.

Elle vient à Paris en 1928, et consulte le Docteur LOEWY à La Salpêtrière.

Le 6 octobre 1928, le Docteur LOEWY pratique une opération de KONDOLÉON sur la face interne de la cuisse et de la jambe gauche.

Fermeture par primam.

Le 12 novembre 1928 (D^r LOEWY), 2^e temps de KONDOLÉON, sur la face interne de la cuisse et de la jambe du même côté.

La malade constate à ce moment une grosse amélioration.

Comme la patiente accuse des douleurs lombaires depuis son enfance, on pratique un examen rachidien : radiographies vertébrales, avant et après lipiodol.

On constate l'existence d'un spina bifida occulta lombaire.

Vers le 4 ou 5 février 1929 (D^r PETIT-DUTAILLIS), on intervient sur la colonne lombaire.

Résultats entièrement négatifs.

En 1932, la malade a une première grossesse qui se déroule normalement :

— pas d'albumine,

— pas de modification du trophœdème du membre inférieur,

— elle accouche le 25 mai 1933, grossesse à terme (Enfant mort-né à la suite de présentation du siège, et de circulaire du cordon).

En 1934, 2^e grossesse. Au 6^e mois de celle-ci, apparition brutale d'une crise de lymphangite au niveau du membre inférieur droit, sans aucune porte d'entrée : traitement par compresses chaudes — disparition au 10^e jour.

Elle reste 15 jours couchée à l'hôpital puis sort.

Mais il persiste une enflure de la cuisse et de la jambe droite ; aucune modification n'est survenue au niveau du membre inférieur gauche.

Le lendemain de sa sortie, nouvel accès de lymphangite, mais cette fois-ci, localisation au membre inférieur gauche, depuis le pied jusqu'à la région lombo-fessière.

Cette éruption est caractérisée par une coloration rouge vif, parsemée de vésicules.

Elle rentre à l'hôpital : pansements à l'huile goménolée, propidon (mais peu de température, maximum 38, température prise toutes les 3 heures).

Cette éruption disparaît en 8 jours mais le gonflement du membre inférieur gauche, qui était réapparu avec la lymphangite, persiste.

Elle accouche le 6 août 1934 : la grossesse a été normale, mais elle perd son enfant 6 mois après la naissance, de broncho-pneumonie (5 février 1935).

En 1935. 3^e grossesse :

La malade est examinée à son huitième mois.

Le 29 décembre 1935, à l'examen, on constate :

L'existence d'un trophœdème bilatéral des membres inférieurs.

Oœdème blanc, dur, ne prenant pas le godet, devenant rosé en position debout.

On note les cicatrices des incisions de l'opération de KONDOLÉON.

— et au niveau de la région lombaire celle du spina bifida,

— la grande lèvre droite est tuméfiée,

— pas d'albumine dans les urines,

— urée sanguine à 0,30,

— T. A. (Vaquez) 13-8 1/2.

Mensuration (19 décembre 1935).

	M. I. D.	M. I. G.
1/3 moy. cuisse	51 cm.	56 cm.
1/3 sup. jambe	39 cm.	41 cm.
1/3 moy. jambe	40 cm.	44 cm.
Cou-de-pied	30 cm.	34 cm.

2 janvier 1936, accouchement normal (grossesse à terme). L'enfant meurt le 22 février 1936 de diarrhée, étant en nourrice à la campagne.

Mensuration (12 février 1936)

	M. I. D.	M. I. G.
1/3 moy. cuisse	48 cm.	52 cm.
1/3 sup. jambe	38 cm.	41 cm.
1/3 moy. jambe	37 cm.	42 cm.
Cou-de-pied	30 cm.	32 cm.

La malade va se reposer trois semaines puis entre dans le service le 9 février 1936.

15 février 1936. — On pratique une culture de la lymphe par injection de sérum physiologique dans le tissu cellulaire de la jambe gauche et réaspiration. La culture en bouillon et sur gélose Veillon fut négative, sauf une pousse tardive de colibacilles, provenant manifestement d'une souillure au cours des manipulations.

Un examen de sang (15 février 1936) a donné les renseignements :

Hématies : 3.820.000.

Leucocytes : 18.000.

Hémoglobine : 70 %.

Formule leucocytaire.

Polyneutro : 86 %.

— éosino : 1 %.

Grands mono : 2 %.

Moyens mono : 9 %.

Lymphocytes : 12 %.

10 mars 1936. — *Mensuration (avant opération)*

	M. I. D.	M. I. G.
1/3 moy. cuisse	52 cm.	56 cm.
1/3 sup. jambe	39 cm.	46 cm.
1/3 moy. jambe	40 cm.	43 cm.
Cou-de-pied	29 cm.	34 cm.

6 mars 1936. — La réaction de WASSERMANN est négative.

7 mars 1936. — *Les examens radiographiques du squelette n'ont rien montré d'anormal.*

11 mars 1936. — Première intervention (D^{rs} DE GAUDART D'ALLAINES et BRIDOT).

On pratique :

1) Une sympathectomie interlombosacrée bilatérale, suivant la méthode de DANIELOPOLU.

(L'examen histologique a confirmé l'ablation du sympathique gauche.) A droite, l'ablation est incertaine.

2) Dans la même séance, drainage bilatéral des membres inférieurs selon la méthode de KONDOLÉON.

A droite, incision interne allant de la malléole interne au 1/3 moyen de la cuisse.

— suture aux crins et agrafes — pas de drainage.

A gauche, incision externe allant de la malléole au 1/3 moyen de la cuisse — ablation du tissu cicatriciel de l'ancienne incision.

— libération des muscles sous-jacents à l'aponévrose, suture de la peau par surjet de fil de lin n° 3.

— pas de drainage.

Au cours de ces manœuvres il s'est écoulé une sérosité abondante.

— une culture des tissus pathologiques (peau, tissu cellulaire, aponévrose) en gélose Veillon et en bouillon a été négative (D^r STEWART).

Les prélèvements histologiques de la peau, du tissu cellulaire sous-cutané, de l'aponévrose d'enveloppe du membre, d'une veine paraissant pathologique, fait au niveau de la jambe gauche ont donné des résultats suivants :

— épaississement considérable du derme avec production d'un tissu conjonctif fibreux dense.

— œdème du tissu cellulaire sous-cutané.

— le tissu aponévrotique est épaissi et anormalement scléreux.

— la veine prélevée a des parois anormalement épaisses. (D^r GRI-COUROFF) (20 mars 1936).

A partir du 5^e jour après l'intervention (16 mars 1936), on pratique une séance de radiothérapie quotidienne, pour éviter la production de tissu fibreux au niveau des cicatrices des membres inférieurs.

Mais le 20 mars, (après la 4^e séance), on est obligé de cesser, car l'application malencontreuse d'un leucoplaste sur la plaie abdominale a provoqué à ce niveau l'apparition d'une éruption de type urticaire, accompagnée d'un certain œdème du tissu cellulaire abdominal et d'un prurigo de la face et du cou.

Cette éruption et cet œdème ont régressé en 4-5 jours.

Les agrafes et les fils de la plaie abdominale sont enlevés au 7^e et 8^e jour.

Les agrafes et les fils des membres inférieurs sont enlevés au 10^e et 11^e jour (cicatrisation par primam).

31 mars 1936. — *Mensuration nouvelle.*

	M. I. D.	M. I. G.
1/3 moy. cuisse	50 cm.	55 cm.
1/3 sup. jambe	39 cm.	40 cm.
1/3 moy. jambe	35 cm.	37 cm.
Cou-de-pied	28 cm.	30 cm.

31 mars 1936. — (D^{rs} BRIDOT et TZANNETIS). Opération de KONDOLEON. Deuxième intervention.

1) A la face interne du membre inférieur gauche, anciennement opéré par le Docteur LOEWY, on trace une incision depuis la base de la cuisse jusqu'au mollet :

— cette incision dépasse l'aponévrose d'enveloppe très épaisse.

— ablation d'une bande aponévrotique de 4 cm. de large et décollement des muscles sous-jacents, de part et d'autre des lèvres du fascia : il s'écoule une abondante sérosité.

— fermeture de la peau par surjet au fil de lin.

— prélèvement histologique.

2) Incision de 10 cm. sur la face externe du cou-de-pied gauche.

Aponévrectomie — suture au lin.

3) Les jours suivant l'intervention, radiothérapie sur la plaie opératoire : 2 séances. Ablation des fils au 8^e jour.

Mensuration le 11 avril 1936.

	M. I. D.	M. I. G.
1/3 moy. cuisse	50 cm.	53 cm.
1/3 sup. jambe	38 cm. 5	40 cm.
1/3 moy. jambe	34 cm. 5	34 cm. 5
Cou-de-pied	27 cm.	29 cm.

Le 9 avril 1936. — La malade a un furoncle sur la face externe de la partie supérieure de la cuisse droite.

Injection de propidon dans le tissu cellulaire sous-cutané du bras gauche, le 9 avril 1936.

Le 11 avril 1936. — Il existe un peu de gonflement de la partie externe de la base de la cuisse droite, mais la partie inférieure de la cuisse et de la jambe droites n'ont pas été modifiées par le furoncle.

Le 13 avril 1936. — Apparition d'une éruption vésiculeuse sur la face externe de la racine de la cuisse droite, autour du furoncle.

Cette éruption est due à la pose intempestive d'un leucoplaste, comme le prouve sa topographie (elle dessinait au début la surface d'application de l'adhésif).

La cuisse droite est à nouveau enflée, et la jambe droite l'est aussi, mais plus modérément.

19 avril 1936. — L'éruption a disparu et la cuisse droite a repris un aspect sensiblement normal.

20 avril 1936. — Mensurations.

	M. I. D.	M. I. G.
1/3 moy. de cuisse	52 cm.	54 cm.
1/3 sup. de jambe	40 cm.	39 cm.
1/3 moy. de jambe	35 cm.	33 cm.
Cou-de-pied	27 cm.	28 cm.

Il est évident qu'on ne peut tirer aucune conclusion de ces deux observations, encore trop récentes.

Mais ce que nous pouvons dire, c'est que les opérations sympathiques seules n'ont aucune action sur l'éléphantiasis.

On voit donc, par tout ce qui précède, que le traitement chirurgical ne peut prétendre guérir cette affection. Tout au plus peut-il se proposer d'en atténuer les effets.

Thérapeutique chirurgicale prophylactique

Il faut agir sur les œdèmes segmentaires chroniques avant leur passage à la fibrose.

Nous savons tout d'abord que l'œdème chronique peut disparaître complètement.

Voici une observation de disparition spontanée et totale d'œdème chronique :

ARNOZAN (As. agrégat. 1880) empruntée à Pitres

Éléphantiasis chez un tabétique.

Femme 40 ans, tabétique : douleurs fulgurantes, incoordination motrice, chez laquelle se développe peu à peu une arthropathie du genou gauche, et s'accompagne d'un œdème énorme, dur, indolore, absolument éléphantiasique, des deux membres inférieurs.

Au bout de quelques mois l'œdème disparut.

L'arthropathie persista.

Les phénomènes aigus avaient fait complètement défaut.

Le malade ne s'alita pas un seul jour.

La sensibilité était intacte.

Les réflexes abolis aux membres inférieurs.

Nous savons également que dans un grand nombre de cas on peut guérir chirurgicalement l'œdème chronique.

Ici l'intervention sur le système sympathique peut agir.

En voici quelques observations :

OBSERVATION DE PENIN. — *Thèse Paris, 1935.*

Emile HE..., 27 ans. Accident survenu le 23 novembre 1933 dans les conditions suivantes : le malade employé comme chargeur au service de voirie était occupé à charger des caisses poubelles lors-

qu'une de celles-ci en tombant lui coinça la main contre le bord d'une autre caisse en toile. Presqu'aussitôt le blessé se plaignit de très fortes douleurs au niveau de la face dorsale de la main gauche. Cependant, quoiqu'avec difficulté, il continua son travail. Mais le lendemain, il fut obligé de le cesser et dut aller consulter un médecin.

Celui-ci constata un œdème volumineux intéressant les parties molles au niveau des deuxième, troisième et quatrième métacarpiens. A la palpation, la douleur était aiguë surtout au niveau du troisième espace intermétacarpien. Une légère érosion de la peau marquait également cet endroit.

Un pansement humide antiseptique fut immédiatement appliqué et des bains chauds de la main et de l'avant-bras furent prescrits. Le surlendemain 25 novembre, même état. Le 28, l'œdème avait un peu diminué. Le 30, l'on pouvait plus facilement palper la main blessée et on constatait la présence d'une tuméfaction assez prononcée au niveau de la face dorsale de cette main.

Vu le 1^{er} décembre par le médecin de la Compagnie d'assurances, institution d'un traitement par le massage électrique et l'air chaud. De plus, on applique un pansement sec et l'on soutient le bras à l'aide d'une attelle en bois. L'état s'améliora. Les douleurs diminuèrent mais la tuméfaction persista.

Le 2 décembre, une radiographie montra l'intégrité du squelette.

Le blessé reprit son travail le 27 décembre, mais en avril 1934, il vient consulter parce qu'il souffre ; on constata l'existence d'un petit kyste synovial entre le 4^e et le 5^e métacarpien ; on procède à son ablation le 2 mai 1934.

Cependant cette opération ne le soulage pas. La tuméfaction augmente de volume, devient plus douloureuse, entraînant de l'insomnie.

Le malade peut à peine remuer les doigts. Ceux-ci restent presque constamment à demi-fléchis. Le périmètre de la main pris au niveau de la commissure du pouce mesure 26 cm.

Le Dr Pierre Rouquès porte le diagnostic d'œdème dur traumatique et décide une sympathectomie qu'il pratique le 4 juin 1934 : anesthésie générale au protoxyde d'azote. Incision brachiale antéro-interne sur la ligne de ligature de l'humérale au 1/3 moyen. Sympathectomie périhumérale sur une longueur d'environ 3 cm.

Le lendemain de l'intervention, les douleurs ont presque complètement cessé ; la tuméfaction persiste surtout à la partie supérieure.

Périmètre de la main, 25 cm. Au départ, le 8 juin 1934, les douleurs ont complètement disparu, la main n'a plus que 23 centimètres de circonférence. Le 3 décembre 1934, le malade est revu pour examen systématique :

Les mouvements sont normaux, flexion et extension, les douleurs ont disparu. Il persiste à faire une légère tuméfaction dans l'espace compris entre les deuxième et troisième métacarpiens à peine de la

taille d'une pièce de deux francs. Au niveau de cette tuméfaction, l'aspect de la peau est normal. On palpe cette tuméfaction et si l'on se rend compte de son extrême dureté, on se rend également compte de son peu de volume et de son indolence. Cette tuméfaction ne bouge plus depuis l'opération. La circonférence de la main est de 23 cm.

Il n'existe aucun trouble d'origine sympathique.

OBSERVATION DE ROUGEMONT ET POLLOSSON

OEdème post-traumatique guéri par sympathectomie
(in *Lyon Chir.*, 1934, p. 640). (*Soc. de chirurgie de Lyon*,
15 mars 1934).

Femme de 23 ans qui fit le 8 avril 1933, une chute de sa hauteur, déterminant une entorse tibio-tarsienne gauche sans lésion osseuse.

Quelques heures après l'accident, le pied devenait gros, œdémateux et froid.

Puis, dans les jours suivants, le gonflement atteignait peu à peu les 2/3 inf. du mollet.

Le 19 mai, M. Pollosson, qui voit la malade, l'immobilise dans un appareil plâtré remontant au-dessus du genou. 24 heures après, l'œdème a disparu, le pied est chaud et sec ; le plâtre est enlevé au bout de quelques jours.

Le soir même de l'ablation, l'œdème reparait, envahissant cette fois toute la jambe, jusqu'au creux poplité. Malgré un nouvel appareil plâtré remontant jusqu'à la racine de la cuisse, cet œdème persiste, absolument immuable.

Pendant quelque temps, l'idée vient que l'intéressée pose à la racine du membre un lien de striction mais les dimensions du plâtre établi dans un but de contrôle et la disposition de l'appareil permettent de rejeter cette hypothèse.

Le 4 août, les mensurations du membre montrent que l'augmentation du périmètre et du côté malade, supérieur.

— au pied de 5 cm.

— au cou-de-pied de 6 cm. 5.

— au mollet de 6 cm.

— à la jarrettière de 1 cm.

et que, par contre, une atrophie musculaire de 3 cm. est visible à la partie inférieure de la cuisse.

Les empreintes plantaires montrent que le pied gauche est creux et petit.

La longueur de l'empreinte gauche est de 16 cm. contre 18 cm. du côté sain.

Le bord externe est à peine marqué alors qu'il mesure 2 cm. 5 de large sur l'empreinte saine.

Les mouvements de flexion et d'extension du genou sont normaux, mais la flexion dorsale de la tibio-tarsienne est nulle et la flexion plantaire de 30° seulement à partir de la position intermédiaire.

Le 7 août, sur le conseil de M. le Prof. LERICHE, qui a examiné la malade, on fait une sympathectomie périartérielle au niveau de la fémorale commune.

Au cours de l'intervention, l'artère fémorale découverte mesure à peine 6 mm., elle bat faiblement. La dénudation est faite sur une longueur de 3 cm. avec résection du tissu péri-vasculaire.

Dès le soir même, l'œdème a diminué au niveau du mollet, le lendemain dans la journée il subsiste seulement jusqu'à la hauteur de la cheville ; dans les jours suivants, il disparaît progressivement sans toutefois que l'aspect du membre ressemble à celui de l'autre côté. Au 15^e jour la malade se lève, et reprend peu à peu une vie active.

En deux mois, elle est passée d'une impotence très accentuée à une fonction compatible avec son travail. Cinq mois s'étaient écoulés auparavant. A l'heure actuelle, les différences de mensuration du membre sain et du membre opéré donnent :

- au niveau du pied : 0.
- au niveau du cou-de-pied : 1 cm.
- au niveau du mollet : 0.
- au niveau de la cuisse : 0.

La flexion dans la tibio tarsienne est de :

- côté plantaire : 40° à droite et à gauche.
- côté dorsal : 10° à gauche et 15° à droite.

Les empreintes plantaires accusent, à l'inverse des précédentes, une reprise de l'appui normal et des dimensions.

OBSERVATION COTTALORDA

Œdème chronique de la main. Résection du ganglion étoilé.

Amélioration considérable, par M.-J. COTTALORDA.

(Bull. et Mém. Soc. Chir., Marseille, oct. 1932, n° 8).

Je vous rapporte l'observation suivante du malade que je vous ai présenté dans la dernière séance :

B..., 66 ans, entre le 9 septembre 1932 dans le service de M. le Professeur FIOLE, que j'ai l'honneur de remplacer, pour impotence et œdème de la main droite.

Depuis quelques jours, sans que le malade ait le souvenir d'un traumatisme récent, celui-ci a vu sa main droite augmenter progressivement de volume en même temps que les doigts deviennent rigides, impossibles à fléchir ni à étendre. En même temps B... ressentait une sensation de tension douloureuse extrêmement pénible, véritable sensation d'éclatement au niveau des régions palmaires et dorsales de la main droite.

Aucun phénomène général n'accompagne ces symptômes.

Notons que le malade avait été victime il y a quelques années d'un accident du travail ; coup de marteau reçu sur l'index droit qui après fracture probable de la phalange avait abouti à l'enraidissement du doigt.

A l'examen nous notons une main au moins doublée de volume par un œdème dur prédominant sur les doigts, la face dorsale et l'éminence thénar. L'attitude des doigts est la suivante : première phalange en demi-flexion sur le métacarpien, phalangine en flexion sur la phalange, phalange en extension. Seul l'index conserve sa rigidité due au traumatisme noté plus haut.

Les mouvements des doigts sont absolument impossibles.

Par ailleurs la région radio-carpienne est elle aussi infiltrée ; la main est froide mais les battements de la radiale sont perceptibles.

La tension artérielle est la suivante au Pachon :

	Mx	Mn	I. O.
Droite	14,5	6	15
Gauche	14,5	6	3

On institue un traitement physiothérapique à base de balnéation chaude et de massage qui n'amène aucune amélioration.

On se décide après un mois d'observation à avoir recours le 10 octobre 1932 à une tentative de résection du ganglion étoilé droit.

Sous anesthésie locale l'intervention est menée suivant la technique indiquée par LERICHE et dont je résume les temps (*Lyon Chirurgical*, 1926, pp. 763-772).

Premier temps. — Incision oblique de 8 cm. entre les deux chefs du sterno-cléido-mastoïdien.

Deuxième temps. — Section de l'omo-hyoïdien au niveau de son tendon intermédiaire dans l'angle supérieur de la plaie, section suivie de celle de l'aponévrose moyenne.

Le paquet vasculo-nerveux dont on ne voit que la gaine est rejeté en dedans.

Troisième temps. — Isolement de l'artère thyroïdienne inférieure. Un fil est passé sous cette artère et sert à la récliner en dehors.

Quatrième temps. — Isolement de l'artère vertébrale. Celle-ci est beaucoup plus interne et postérieure que la thyroïdienne.

Comme le dit LERICHE, je n'ai pas vu la veine vertébrale.

L'artère attirée en dedans, le ganglion étoilé est visible nettement mais seulement dans mon cas du moins, par son pôle supérieur et les branches qui y aboutissent.

Cinquième temps. — J'ai alors procédé à la section des branches visibles et à l'ablation de la plus grande partie possible du ganglion. Dans mon cas, je n'ai pas l'impression d'avoir dépassé la partie moyenne de cet organe. D'après ce que j'ai lu c'est peut-être bien ce qui se passe dans la majorité des cas.

Je note que dans toute dissection minutieuse, l'usage de tampons de gaze imbibés de sérum est d'une aide précieuse pour le nettoyage des espaces cellulo-graisseux.

Sixième temps. — Fermeture en un plan aux agrafes.

L'intervention s'est passée sans incidents locaux, ni généraux.

Avant de ramener le malade dans son lit, nous notons que l'avant-bras et la main droite sont couverts de sueurs profuses et sont brûlants; du côté opposé aspect normal. A ce moment, nous prenons la tension artérielle au Pachon au niveau des deux membres supérieurs.

	Mx	Mn	I. O.
Droit	30	12	5,5
Gauche	13	12	6

Les suites locales sont normales. Au niveau de la main droite on note une diminution rapide de l'œdème qui dès le lendemain matin a *totalemment disparu*. En même temps les mouvements des doigts redeviennent possibles si bien qu'en trois jours le malade se sert de sa main, dit-il, comme autrefois.

Le surlendemain de l'opération l'étude donnait :

	Mx	Mn	I. O.
Droit	16	8	5
Gauche	15	8	3

Le 13 octobre, la tension artérielle était redevenue semblable à ce qu'elle était avant l'intervention.

Le malade est sorti sur sa demande le lendemain du jour où vous l'avez vu pour reprendre son métier de veilleur de nuit.

Cette observation appelle à mon avis quelques remarques.

On peut se demander, tout d'abord, quelle est la pathogénie des troubles que nous avons observés. J'avais pensé à la possibilité d'une cellulite chronique consécutive à une piqûre passée inaperçue. Cette explication est possible, mais le malade de nouveau interrogé n'a pu se rappeler aucun traumatisme. D'autre part, il n'y a eu aucun trouble général. Faut-il invoquer un trouble spasmodique artériel ou veineux analogue à ce qui j'ai cru pouvoir saisir sur le fait dans la thrombo-phlébite par effort ? C'est possible, mais difficile à prouver, et, d'ailleurs, ce spasme expliquerait mal des phénomènes strictement limités à la main.

D'ailleurs, la nature intime des phénomènes semblables à celui que je viens d'observer reste le plus souvent obscur et dans un cas rapporté récemment par WERTHEIMER on ne retrouvait dans les antécédents qu'une émotion violente. LERICHE a souvent insisté sur ce facteur qui, jusqu'à présent, paraissait purment subjectif.

Si la cause réelle des troubles obscurs reste inconnue, leur effet est jugé par le résultat de l'intervention. Il ne semble pas possible de ne pas attribuer ces phénomènes à une perturbation vasomotrice. C'est la conclusion à laquelle aboutit WERTHEIMER à la suite d'une étude récente des œdèmes chirurgicaux (*Journal de Chirurgie*, 1932, p. 650-666). Le déséquilibre vaso-moteur initial aboutit à l'œdème. Tant que celui-ci n'a pas entraîné des désordres fonctionnels invétérés on peut agir sur lui en modifiant la vaso-motricité par le seul moyen que nous ayons à notre disposition, c'est-à-dire l'intervention sur le sympathique. Ultérieurement l'œdème se constitue d'une façon définitive amenant des altérations tissulaires et fonctionnelles telles que toute intervention sympathique devient illogique et inutile. C'est ce que note WERTHEIMER dans l'étude précitée et ce que j'avais signalé il y a plusieurs années dans la thèse que j'avais inspirée à Filippini (Montpellier 1925) en montrant l'inef-

ficacité de la sympathectomie dans l'éléphantiasis du membre inférieur.

Dans le cas actuel, une intervention sympathique était indiquée et son action a été particulièrement heureuse, ce qui me semble confirmer le substratum vasomoteur que j'évoquais plus haut.

Pourquoi avoir pratiqué une stellectomie plutôt qu'une sympathectomie péri-humérale ?

J'ai pratiqué un assez grand nombre de sympathectomies péri-humérales. Techniquement, ces interventions ne m'ont jamais satisfait au même point que les sympathectomies péri-fémorales.

L'artère humérale est souvent entourée d'un lacis veineux qui rend sa dénudation délicate et souvent la réaction de HEITZ et LERICHE ne peut s'obtenir sur une longueur suffisante. J'ignore si ces remarques me sont personnelles, et dans ce cas dues probablement à une technique défectueuse, ou si d'autres auteurs ont eu les mêmes difficultés et ont négligé de les mentionner.

C'est en partie cette raison jointe au désir de faire une intervention d'action plus certaine qui m'a fait choisir la résection du ganglion étoilé.

Je répéterai que dans mon cas cette résection n'a été que partielle. En est-il souvent ainsi ? C'est probable quand on songe que plus de la moitié de l'organe est situé derrière la première côte:

Je dois mentionner également que le syndrome de CL. BERNARD recherché dès le moment de l'intervention n'a pas été trouvé.

Une dernière remarque enfin sur les troubles, j'allais dire les désordres tensionnels qui ont suivi l'intervention.

Ils s'expliquent fort bien par la vasco-constriction intense qui suit toute opération sympathique qui, nous le savons, n'amène la vaso-dilatation que secondairement.

Notons que ces troubles ont été bilatéraux, ce qui est une confirmation de l'action souvent bilatérale d'une

intervention sympathique unilatérale. Mais on est autorisé à se demander si dans certaines circonstances ce coup de bélier formidable ne peut pas amener des accidents regrettables.

Peut-être l'infiltration du ganglion à la syncaïne avant de procéder à son ablation, comme le conseille LERICHE dans son rapport au Congrès de Chirurgie, éviterait-elle dans une certaine mesure ce risque qui ne nous paraît pas devoir être négligeable.

CONCLUSIONS

Si l'Eléphantiasis tropical, l'Eléphantiasis arabum et le trophœdème de MEIGE, sont des termes justifiés en ce sens qu'ils permettent de classer un certain nombre de faits cliniques, il nous paraît inutile de continuer à séparer catégoriquement ces différents syndromes.

Ces affections ont des caractères anatomo-pathologiques communs et sont régies par les mêmes lois biologiques. Elles passent toutes par un stade d'œdème segmentaire chronique avant d'aboutir à l'étape ultime de la fibrose.

C'est donc à ce stade initial d'œdème chronique qu'il faudra intervenir.

Les opérations sympathiques agiront souvent à ce moment d'une manière très efficace, car il n'existe pas encore d'état anatomique constitué. On voit ainsi les liens qui permettent d'établir un parallèle entre ces syndromes et les artérites où là également les interventions sur l'appareil vaso-moteur donnent un bon résultat avant que soit apparue la lésion définitive de thrombose tronculaire.

Ne pourrait-on pas également étendre cette comparaison aux phlébites ?

Une fois le stade réflexe dépassé, la thérapeutique devient beaucoup plus aléatoire.

La fibrose est apparue, c'est un cadavre tissulaire gênant. On ne peut s'en débarrasser que par l'exérèse totale, comme on le fait quand il s'agit d'éléphantiasis du scrotum de la verge, du sein, ou des zones cutanées limitées.

Mais si cette ablation ne peut être pratiquée qu'au prix de mutilations exorbitantes, et c'est le cas au niveau des

membres, il faut se résoudre à utiliser les méthodes de drainage, soit drainage superficiel comme dans les méthodes de HANDLEY et WALTHER, soit drainage profond à la manière de KONDOLEON ou de SISTRUNCK.

Il faut bien reconnaître que ces interventions de drainage n'agissent pas sur la cause intime de production de l'éléphantiasis. Si cette cause demeure, la transformation fibreuse continuera inexorablement sa course en dépit d'un palier dû à l'acte chirurgical de drainage.

C'est pourquoi certains auteurs ont voulu associer des sympathectomies aux opérations de drainage en espérant ainsi bloquer la transformation fibreuse qu'ils soupçonnent devoir se faire par l'intermédiaire du relais sympathique.

Mais ces opérations sont trop peu nombreuses et trop récentes pour qu'on puisse conclure.

VU : *Le Doyen,*
ROUSSY.

VU : *Le Président de Thèse,*
TANON.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- J ASSALI (Armée Coloniale). Traitement chirurgical de l'éléphantiasis du scrotum. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Marseille*, tome VI, n° 7, juillet 1932, p. 265.
- BARBER. — The Kondoleon operation Report of a case. *Surgery Gynecology and Obstetrics*, juill. 1917, p. 104.
- BÉRARD et WERTHEIMER. — Œdème éléphantiasique du membre supérieur. *Lyon chirurgical*, tome XXII, n° 5, sept.-oct. 1925, p. 689.
- A.-L. BERTWISTH et A.-L. GREGG. — L'éléphantiasis. *The British Journal of Surgery*, vol. XVI, n° 62, oct. 1928, p. 267.
- BESNIER. — De l'éléphantiasis. *Gazette des Hôpitaux*, Paris, 1878, p. 1017.
- BOECKER. — Contributions au traitement opératoire de l'œdème chronique. *Münch. Med. Wochenschrift*, août 1913, n° 32.
- BOTREAU-ROUSSEL (Armée Coloniale). — Le traitement de l'éléphantiasis. *Sud médical et chirurgical*, 19 oct. 1931, p. 1448.
- BOTREAU-ROUSSEL. — Les filaires, l'éléphantiasis. Leur traitement chirurgical. *Grandes endémies tropicales*, 1932, p. 27.
- BOUILLAUD. — Eléphantiasis des Arabes par obstacle à la circulation veineuse. *Arch. Médecine*, 1823, p. 368.
- G. BRANDT. — Sur l'éléphantiasis familial des membres inférieurs. *Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie*, tome XXXVII, fasc. 1, 1923, pp. 56-64. *J. d. C.*, n° 2, août 1924, p. 246. Petit-Dutaillis.
- Mlle BROIDO. — Contributions à l'étude de la chylurie et de la filariose au Maroc. *Maroc-Médical*, n° 30, 15 juin 1924.
- BRUMPT. — Une nouvelle filaire pathogène de l'homme (*Onchocerca cæcutiens*). *Bull. Soc. Path. exotique*, 9 juillet 1919, t. XII, n° 7, p. 464.
- BURKE. — Résultats de l'opération de Kondoleon dans l'éléphantiasis des membres. *Surg. Gyn. Obst.*, vol. XLVII, déc. 1928, n° 6.

- CASTELLANI et CHALMERS. — *Manual of Tropical Médecine*, 2^e éd., 1913, p. 1.123.
- N. CAPRIOLI. — Sur une modification à la méthode de Kondoleon pour le traitement de l'éléphantiasis des membres. *Rivista internazionale di clinica e Terapia* 1922, au III, n° 5, pp. 199-204. In *J. d. C.*, n° 2, février 1923, p. 265.
- CLARAC, LEBOEUF et RIGOLLET. — Filarioses, éléphantiasis. *Traité pathol. exotique*, Paris, 1913.
- J. CLOITRE. — Considérations sur l'éléphantiasis des organes génitaux externes et des membres dans la région du Sud et du Sud-Est de Madagascar. *Bull. Soc. Path. exot.*, n° 8, 10 oct. 1928, p. 722.
- CHÉRUBIN. — Syndrome éléphantiasique, étiologie, pathogénie. Traitement. *Thèse Paris*, 1930.
- CLAIR. — Traitement de l'éléphantiasis par la fibrolysine. *Bull. Soc. pathol. exotique*, 1908, n° 5.
- COHEN (René). — Eléphantiasis et ulcères chroniques de la vulve et de l'anus (syndrome ano-vulvaire). *Thèse Paris*, 1930.
- J. COTTALORDA. — Œdème chronique de la main. Résection du ganglion étoilé. Amélioration considérable. *Bull. et Mémoires de la Société de Chir. de Marseille*, tome VI, n° 8, oct. 1932, p. 325.
- DEBOVE. — Œdème segmentaire. *Soc. Médicale des Hôpitaux*, 15 oct. 1897, p. 1.172.
- DELANGE (Jean). — A propos d'un cas d'éléphantiasis nostras de la vulve. *Thèse Paris*, 1929.
- DELBET. — Tolérance du caoutchouc par les tissus. *Bull. et Mém. Académie de Médecine*, 10 mars 1914, p. 380.
- DELBET. — *Bull. et Mémoires Société Chir. de Paris*, 16 janv. 1917.
- DIMITRIU. — Procédés opératoires conservateurs dans les états éléphantiasiques vulvaires. *Spitalul*, au L n° 3, mars 1930.
- DOMINICI. — Pratique dermatologique. *Art. Elephantiasis*, tome II, p. 356.
- DRAUDT. — XXXVIII^e Congrès de la Soc. All. de Chirurgie, 1909, p. 196.
- DUBOIS. — Le rôle pathogène de l'*Onchocerca volvulus* Leuckart. *Bull. Soc. de Path. exot.*, 10 mai 1916, t. IX, n° 5, p. 305.

- DUBOIS. — *Onchocerca volvulus* et Elephantiasis dans le Haut-Ouélé. *Congo belge*, 11 avril 1917, tome X, n° 8, p. 365.
- DUBRUEL. — Contribution à l'étiologie de l'éléphantiasis arabum. *Soc. path. exot.*, 21 juillet 1909, t. II, n° 7, p. 355.
- DUFOUGERÉ. — Eléphantiasis, ses rapports avec la lymphangite endémique des pays chauds. *Paris*, 1907.
- FALK (R.-C.). — Œdèmes durs éléphantiasiques par stase lymphatique rétrograde et non filariens. *Thèse Paris*, 1927.
- H. FEILCHENFELD (Berlin). — Rapports de l'éléphantiasis vulvaire et anorectal et des rétrécissements du rectum avec le lympho-granulome inguinal. *Medizinische Klinik*, an XXVIII, n° 28, 8 juill. 1932, p. 965. in *J. d. C.*, tome XLI, n° 6, juin 1933, p. 974.
- FILLIPINI. — Sympathectomie dans l'éléphantiasis. *Thèse Montpellier*, 1925.
- FOLLET. — Pathogénie de l'éléphantiasis et de quelques états éléphantiasiques. *Thèse Paris*, 1895.
- FONTAINE et MILOYEWITCH. — Contribution à l'étude expérimentale des troubles vaso-moteurs périphériques des membres. *Revue de Chirurgie*, 1927, t. XLVI, n° 4.
- FRANÇOIS-JULLIEN. — Traitement de l'éléphantiasis des membres par l'application définitive des tubes de caoutchouc dans le tissu cellulaire sous-cutané. *Thèse Paris*, 1919.
- L. DI GAETANO (Naples). — Traitement chirurgical de l'éléphantiasis des membres inférieurs. *Archivio di Ortopedia*, vol. XXXIX, fasc. 3, 1923, pp. 423-456.
- L. DI GAETANO. — Sur le traitement chirurgical de l'éléphantiasis des membres inférieurs. *La Riforma medica*, au XLIV, n° 51, 17 déc. 1928.
- GAMGEE. — A note on the operation of lymphangioplastie. *Med. Rev.*, 1911, t. XIX.
- GIACINTO. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'éléphantiasis des membres inférieurs. *La riforma medica*, an XLI, n° 3, 24 avril 1925, pp. 793-795.
- GINEBRA. — Pathogénie de l'éléphantiasis. *Thèse Paris*, 1908.
- GOEBELL. — *Centralbl. f. Chir.*, 1910, n° 38, p. 1.256.

- GOUGEROT. — Eléphantiasis tuberculeux. *Revue de Chirurgie*, tome XLVI, n° 7, 10 juillet 1912, pp. 52 à 57.
- GREEN. — L'éléphantiasis et l'opération de Kondoleon. *Annals of Surgery*, tome LXXI, janvier 1920, n° 1, pp. 28 à 31.
- GUILLON. — Manuel de Thérapeutique clinique des maladies tropicales.
- GUTIERREZ. — Œdème chronique du membre supérieur consécutif à un cancer du sein : opérations de Handley et de Kondoleon. *Revista de la Ass. med. Argentina*, 1921, n° 264.
- GUYOMARCH'. — Procédé de Guyomarch' décrit par Ouzilleau. (Voir cet auteur.)
- GUYOT et JEANNENEY. — Sur un cas d'éléphantiasis nostras. *Gaz. hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 12 mars 1921.
- W.-S. HALSTED. — Swelling of the arm after operation for cancer of the breast. Elephantiasis chirurgica, its cause and prevention. *Bull. John Hopkins Hosp.*, tome 32, oct. 1921, p. 309.
- W.-S. HALSTED. — Recherches expérimentales sur l'éléphantiasis. *Congrès de l'American surgical Association*, 25 mai 1922.
- W.-S. HALSTED, REICHERT et MONT-REID. — Recherches sur le mode de production de l'œdème du bras après les opérations pour cancer du sein. Replantation des membres entiers sans suture des vaisseaux. *Lyon-Chirurgica*, juillet-août 1922, tome XIV, n° 4.
- HANDLEY. — Projet de cure de l'éléphantiasis. *The Lancet*, 14 mars 1908, p. 783.
- HANDLEY. — Le traitement opératoire de l'éléphantiasis. *Archiv. of Middlesex Hospital*, 1908.
- HANDLEY. — *The Lancet*, 2 janvier 1909, p. 31.
- HANDLEY. — *Brit. Méd. Journal*, 9 et 16 avril 1920.
- HAUBENREISSER (Leipzig). — Drainage lymphatique dans l'éléphantiasis de la jambe. *Zentralblatt für Chirurgie*, 1921, t. XLVII, n° 2, pp. 42-45.
- HAUBENREISSER. — Nouvelle contribution au drainage lymphatique dans l'éléphantiasis de la jambe. *Zentralblatt für Chirurgie*, 1922, tome XLIX, n° 14, pp. 474-475.

- HAUERT. — Résection du ganglion stellaire dans les troubles circulatoires des membres supérieurs. *Thèse Paris*, 1935.
- HUDELO et RABUT. — Les éléphantiasis de la vulve. *Presse médicale*, an XXXV, n° 9, 29 janv. 1927, pp. 129-130.
- JERSILD. — *Annales de Dermat. et de Syph.*, 1920, pp. 62 et 433.
- JERSILD. — Elephantiasis genito-ano-rectal. *Dermatologische Wochenschrift*, vol. XCVI, n° 13, 31 mars 1933, p. 433.
- JURAZ. — Un cas d'éléphantiasis de la cuisse traité par l'excision de Payr. *Réunion des Chir. du Royaume de Saxe*, 26 oct. 1912.
- LANNOIS. — Une observation de trophœdème chronique héréditaire. *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1900, n° 6.
- LANZ. — Méthode pour rétablir une circulation collatérale dans le traitement de l'œdème chronique et de l'éléphantiasis. *Zentralblatt. f. Chir.*, n° 1 et 5, 1911. *Soc. de Chir. de Paris*, 20 novembre 1912.
- J. LAPEYRE. — Etude préliminaire sur l'éléphantiasis tropical au Venezuela. 11 oct. 1934.
- LE CALVÉ. — Les œdèmes. *Paris*, 1926.
- E. KONDOLEON (Athènes). — Die operative Behandlung der elephantiasischen œdeme. *Zent. f. Chir.*, n° 30, p. 1.022, 1912.
- E. KONDOLEON. — Die Lymphableitung als Heilmittel bei chronischen, Ödemen nach Quetschung. *München Med. Woch.*, n° 10, 1912.
- E. KONDOLEON. — Die chirurgische Bebrandlung der elephantiasischen œdeme durch eine neue Methode der Lymphableitung. *München Med. Woch.*, n° 50, 1912.
- E. KONDOLEON. — *Münchener Med. Wöchens.*, 1915, n° 16. 10 cas d'éléphantiasis.
- E. KONDOLEON. — Zur Frage der Lymphdrainage bei elephantiasischen Ödemen. *Zentr. f. chir.*, 50, p. 443, 1923.
- E. KONDOLEON. — *Archives franco-belges de Chirurgie*, Bruxelles, t. 27, février 1924, p. 104.
- E. KONDOLEON. — Sur le traitement des œdèmes idiopathiques des membres. *Zentralblatt für Chirurgie*, tome LVII, n° 49, 6 déc. 1930, p. 3.046.

- LEFEBVRE (Ch.). — Traitement chirurgical de l'éléphantiasis des membres. *Journal de Chirurgie*, 1923, p. 435.
- LEMOINE. — Traitement de l'éléphantiasis. *Annales d'Hygiène coloniale*, 1902, p. 391.
- LE DANTEC. — Eléphantiasis exotique et éléphantiasis nostras. *Caducée*, 17 août 1907.
- LE DANTEC. — Précis de pathologie exotique. Paris, 1929. Ed. Doin.
- LEO. — Un cas d'éléphantiasis sporadique : étiologie et traitement. *Société des Chirurgiens de Paris*, 13 déc. 1912.
- LEO. — Elephantiasi in seda rara. *Arch. ital. di chirurgia*, 38 f., 3 oct. 34, pp. 227-250.
- LERICHE. — Résultat après 3 ans d'une sympathectomie péri-artérielle pour trophœdème du membre inférieur post-traumatique. *Société de Chirurgie de Lyon*, 14 juin 1923. *Lyon-Chirurgical*, 1923, p. 805.
- LERICHE. — Œdème dur aigu post-traumatique de la main avec impotence fonctionnelle complète. Transformation soudaine 5 h. après sympathectomie humérale. *Société de Chirurgie de Lyon*, séance du 21 juin 1923. *Lyon-Chirurgical*, 1923, p. 814.
- LERICHE. — Etude sur le mécanisme de l'éléphantiasis des membres, à propos d'un cas d'éléphantiasis du sein consécutif à un évidement ganglionnaire de l'aisselle : remarques étiologiques. *Lyon-Chirurgical*, tome XXI, n° 6, nov.-déc. 1924, p. 765.
- LERICHE. — Traitement chirurgical des suites éloignées des phlébites et des grands œdèmes non médicaux des membres inférieurs. *Bull. et Mém. Soc. de Chirurgie de Paris*, 9 février 1927, p. 187.
- LERICHE. — Sur l'importance de la périphlébite dans la genèse des accidents tardifs consécutifs aux oblitérations veineuses. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie de Paris*, 6 avril 1927.
- LERICHE et JUNG. — Recherches expérimentales sur les œdèmes chirurgicaux des membres, d'origine phlébitique. *J. d. C.*, tome XXXVII, n° 4, avril 1931, p. 481.
- LERI. — Trophœdème. *Soc. Méd. des Hôpitaux*, 30 juillet 1920, 29 octobre 1920, 3 décembre 1920. *Gaz. des Hôpitaux*, 28 et 30 mars 1922.
- LERI. — Le syndrome trophœdème : trophœdème nerveux, trophœdème lymphatique (avec M. Péron). *Bulletins et Mémoires de*

la Société médicale des Hôpitaux de Paris, séance du 28 décembre 1923.

LERI. — Les affections de la colonne vertébrale. *Masson et Cie*, 1926.

LE ROY DES BARRES (A.). — Pathologie chirurgicale exotique. *Paris*, 1912.

LISSADE. — Eléphantiasis tropical. Etude étiologique du syndrome. Diagnostic de la filariose. *Thèse Paris*, 1927.

LOURIER. — *Thèse Paris*, 1897.

MAC KINLEY. — Le rôle des bactéries dans la lymphangite filarienne aiguë. *Porto-Rico Journal of Public Health and Trop. Med.*, juin 1931, vol. n° 6, n° 4. Analysé par Clayton Lane dans « Tropical diseases bulletin ».

MADDEN, IBRAHIM et FERGUSSON. — Sur le traitement de l'éléphantiasis de la jambe par la lymphangiosplastie. *Brit. Méd. Journal*, 2 nov. 1912, p. 1.212.

MANSON (Patrick). — Remarks on lympho-scrotum, elephantiasis and chyluria. *China customs and reports*, 1875.

MANSON (P.). — Observations on the lympho-scrotum and allied diseases. *Med. Times and Gaz.*, 1875-1877.

MANSON (P.). — The filaria sanguinis hominis and certain new forms of parasite diseases. India China and warm countries. *London*, 1883.

MANSON (P.). — The development of the hematozoon. *Lancet*, 1882.

MANSON (P.). — The metamorphosis of filaria sanguinis hominis in the Mosquito *Transact. of the Lin. society of London*, 1884

MANSON (P.). — Grande et petite filaire. *Revue d'Hayem*, 1884.

MANSON (P.). — Les 3 espèces de filaire. *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1891. Congrès d'Hygiène de Londres.

MARCONDES DE MOURA. — A propos d'un cas d'éléphantiasis de la vulve. *Revue Sud-Américaine de Méd. et de Chir.*, tome I, n° 1, janvier 1930.

MAS, NEVEU-LEMAIRE, ROTON. — Quelques observations relatives au traitement chirurgical de l'éléphantiasis du scrotum. *Revue Médic. et Hyg. tropicale*, 1909, p. 271.

MATAS (R.). — The surgical Treatment of elephantiasis and elephan-

toré states. *American journal of tropical diseases*, vol. I, n° 1, July, 1913, pp. 60-85.

MATHIEU. — Sur une forme particulière d'œdème névropathique. *Ann. de Dermatologie et de Syphiligraphie*, janvier 1893.

MATHIEU. — Œdème segmentaire. *Soc. Méd. Hôpit.*, 15 oct. 1897.

MAUCLAIRE. — Traitement chirurgical de l'œdème chronique des membres. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, n° 27, 25 juillet 1916.

MAURIAC. — Œdèmes durs. *Journal de Médecine de Bordeaux*, février 1922.

MILIAN et DELARUE. — Eléphantiasis vulvaire. *Bull. Soc. Dermat. et Syph.*, juin 1927, p. 396.

MEIGE (H.). — Le trophœdème chronique héréditaire. *Congrès des Médecins neurolog. et aliénistes français*. Angers, 4 août 1898. *Presse médicale*, 14 déc. 1898.

MEIGE (H.). — *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1899, p. 453.

MEIGE (H.). — *Nouv. Iconogr. Salp.*, nov.-déc. 1901.

MEIGE (H.). — *Trophœdème in Pratique médico-chirurgicale*, t. VI, 1907.

MILIAN et LAFOURCADE. — Esthionème de la vulve. *Bull. Soc. Dermatologie*, juillet 1925.

MONCORVO. — *Journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, 25 août 1895.

NATTAN-LARRIER et J. LAIGRET. — Les filarioses. *Nouveau traité de médecine et de thérapeutique*, fasc. VI bis, 1928, J. Baillière.

OPPEL. — Traitement conservateur de l'éléphantiasis. *Chirurg. Archiv. Veliaminova*, 1911.

OUZILLEAU. — Les filaires humaines de la région du M'Bomou (A. E. F.). Pathogénie de l'éléphantiasis de cette région. Rôle de la *Filaria volvulus*. *Bull. Soc. Path. exot.*, 8 janvier 1913, t. VI, n° 1, p. 80.

OUZILLEAU. — Eléphantiasis et filarioses dans le M'Bomou. *Annales d'Hygiène et de Médecine coloniale*, avril et juillet 1913, XVI, nos 2 et 3.

OUZILLEAU. — *Presse Médicale*, n° 30, p. 619, 14 avril 1923.

- NOC et STEVENEL (La Martinique). — In Le Dantec. *Pathologie exotique*, Paris.
- PAYR-HAUBENREISSER. — *Zentralblatt für Chir.*, n° 2, 1921.
- PENIN. — Œdème traumatique. *Thèse Paris*, 1935.
- POISSON (Boland). — Les éléphantiasis tuberculeux. *Thèse Paris*, 1935.
- POLLOSSON et DE ROUGEMONT. — Œdème chronique du membre inférieur. Sympathectomie. *Soc. Chir. Lyon*, 22 févr. 1934, in *P. M.*, 28 mars 1934, n° 25, p. 506.
- RANVIER. — Œdème expérimental. *Académie des Sciences*, 20 décembre 1869.
- REMLINGER. — Chylurie, éléphantiasis et filariose au Maroc. *Maroc-Médical*, n° 28, 15 avril 1924.
- BENON. — Eléphantiasis nostras. *Soc. de Biologie*, 3 avril 1897.
- ROCHARD et STERN. — Un cas d'œdème chronique du membre inférieur traité par drainage sous-cutané perdu. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 9 janvier 1918.
- ROCHER et LASSEUR. — Œdème à type éléphantiasique du membre inférieur droit, consécutif à une extirpation ganglionnaire large avec ligature de la veine iliaque ext. Drainage lymphatique par la méthode de Walther. *Journal de Médecine de Bordeaux*, n° 8, 1921, p. 216.
- ROMITI. — Contribution au traitement chirurgical de l'éléphantiasis. *Archivio italiana di Chirurgia*, tome XX, fasc. 6 mars 1926, p. 607.
- HUBER (A.), ROYSTER. — Elephantiasis and the Kondoleon operation. *The Journal of the american medical association* May, 30, 1914.
- SABOURAUD. — Microbiologie de l'éléphantiasis nostras. *Soc. de Dermatologie*, 12 mai 1892.
- SANNER. — Une technique pour la cure chirurgicale de l'éléphantiasis du scrotum. Juillet 1928. *Archives Coloniales*, p. 295.
- SISTRUNK. — Eleph. treated by Kondoleon operat. *Surg. G. O.*, 1918, XXXVI, pp. 388-393.
- SISTRUNK. — Kondoleon operation for Eleph. *J. Amer. Med. Ass.*, 1918, XXXI, p. 800.

- SISTRUNK. — The Kondoleon operation for Eleph. report of end results. *Southern M. J.*, 1921, XIV, 619-625.
- SISTRUNK. — The results obtained in El. through the Kondoleon operation. *Minnesota Med.* 1923, VI, pp. 173-177.
- STRASSER (Joseph). — Ein bemerkenswerter Fall von Elephantiasis nostras. *Medizinische-Klinik*, 27 juin 1915, p. 727. In *Kondoleon Arch. franco-belge de chirurgie*, t. XXVII, 1924, p. 109.
- SOUQUES. — Eléphantiasis nostras symétrique du pied et de la jambe. *Nouvelle iconographie Salpêtrière*, 1890.
- TOURAINÉ. — Traitement de l'éléphantiasis des membres par le drainage lymphatique à tubes perdus (Opérations de Walther). *Journal de Médecine de Paris*, n° 6, 13 février 1936.
- Ch. VIANNAY (St-Etienne). — Un cas d'éléphantiasis chirurgical du bras observé 4 ans 1/2 après une amputation du sein, sans récurrence de la tumeur. *Société des Sciences Médicales de St-Etienne*, séance du 17 février 1926, in *La Loire Médicale*, an XL, n° 7, p. 381, juillet 1926.
- VIGOUROUX. — *Nouvelles iconographies Salpêtrière*, 1899, n° 6.
- WALTHER. — Eléphantiasis du membre supérieur. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, n° 15, 18 avril 1916. — Eléphantiasis des membres inférieurs. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 5 juillet, 11 juillet, 29 août, 17 octobre 1916, 16 janvier, 24 juillet 1917, 6 août 1918, 11 mars 1919, 12 juillet 1921.
- WERTHEIMER (P.). — Documents et réflexions sur les œdèmes chirurgicaux des membres. *J. d. C.*, t. XXXIX, n° 5, mai 1932, p. 650.
- WITHERSPOON (J.-T.) (Oxon) et E.-M. MAC FETRIDGE (New-Orléans). — Eléphantiasis de la vulve. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. XXVI, juillet 1933, n° 1, p. 84.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	11
DÉFINITION	13
PREMIÈRE PARTIE. — DESCRIPTION DES SYNDROMES	
L'ÉLÉPHANTIASIS TROPICAL	17
Etiologie	17
Sièges	19
DESCRIPTION CLINIQUE ET ANATOMO-PATHOLOGIQUE DES ÉLÉ- PHANTIASIS TROPICAUX	19
1° <i>Eléphantiasis tropical des membres inférieurs</i>	19
2° <i>Eléphantiasis tropical des membres supérieurs</i>	31
3° <i>Eléphantiasis tropical du sein</i>	31
4° <i>Eléphantiasis du scrotum et de la verge</i>	31
5° <i>Eléphantiasis tropical de la vulve</i>	39
6° <i>Eléphantiasis tropical congénital</i>	40
L'ÉLÉPHANTIASIS NOSTRAS	43
<i>Eléphantiasis nostras des membres</i>	43
Eléphantiasis nostras des membres survenant à la suite de poussées inflammatoires	44
Eléphantiasis nostras survenant à la suite d'opération sur le sein avec ou sans curage des ganglions axillaires	46
Eléphantiasis des membres consécutifs à l'exérèse d'adeno- pathies	48
<i>Eléphantiasis nostras de la vulve</i>	50

LE TROPHOEDÈME	53
<i>Généralité sur le trophœdème</i>	53
<i>Etude clinique</i>	54
Trophœdème des membres inférieurs	54
Trophœdème des membres supérieurs	63
Trophœdème de la face	63
Trophœdème et spina bifida occulta	64
<i>Anatomo-pathologie du trophœdème</i>	68
<i>Caractères histologiques du trophœdème</i>	69

DEUXIÈME PARTIE. — ÉTUDE PATHOGÉNIQUE

PATHOGÉNIE DE L'ÉLÉPHANTIASIS	73
<i>Rôle du paludisme</i>	73
<i>Théorie filarienne</i>	74
La filaire de Bancroft	74
Autres filaires	75
Arguments contre la théorie de Patrick Manson	77
<i>Théorie microbienne</i>	78
Arguments cliniques en faveur de la théorie microbienne	78
Arguments bactériologiques	80
Arguments contre la théorie microbienne	85
<i>Théorie du barrage lymphatique</i>	88
PATHOGÉNIE DU TROPHOEDÈME	95
CONCLUSIONS PATHOGÉNIQUES	99
<i>Parallèle entre le trophœdème et les éléphantiasis</i>	99
COMMENT S'INSTALLE L'ÉLÉPHANTIASIS ?	101

TROISIÈME PARTIE. — MOYENS THÉRAPEUTIQUES

<i>Les moyens médicaux</i>	105
<i>Les méthodes chirurgicales</i>	105
<i>Soins pré-opératoires généraux</i>	107

EXPOSÉ DES TRAITEMENTS CHIRURGICAUX ET DES RÉSULTATS OBTENUS AU NIVEAU DES PRINCIPALES LOCALISATIONS	109
<i>Traitement chirurgical de l'éléphantiasis du scrotum et de la verge</i>	109
<i>Eléphantiasis du scrotum</i>	110
Technique du Guyomarch'	111
Procédé de Lemoine, Sanner, Assali	122
<i>Eléphantiasis de la verge</i>	128
<i>Eléphantiasis du scrotum et de la verge</i>	129
<i>Eléphantiasis du scrotum et hydrocèle</i>	130
<i>Eléphantiasis du scrotum et hernie</i>	130
TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'ÉLÉPHANTIASIS VULVAIRE....	133
TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'ÉLÉPHANTIASIS DU SEIN	141
TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'ÉLÉPHANTIASIS DES ZONES CUTANÉES LIMITÉES	141
TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'ÉLÉPHANTIASIS DES MEMBRES	144
<i>Méthodes de drainage superficiel</i>	144
1° Méthode de Handley	144
2° Méthode de Walther	150
<i>Méthodes de drainage profond</i>	164
1° Procédé de Lanz	164
2° Procédés d'Oppel, Rozanow, Cottalorda	165
3° Procédé de Kondoleon-Payr	170
4° Procédé de Sistrunk, Di Gaetano, Romiti	183
OPÉRATIONS SUR LE SYSTÈME NERVEUX SYMPATHIQUE	196
OPÉRATIONS MIXTES, SYMPATHECTOMIES ET DRAINAGES AU COURS DE LA MÊME INTERVENTION	201
THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE PROPHYLACTIQUE	213
CONCLUSIONS	223
BIBLIOGRAPHIE	225

Société Anonyme Blésoise
d'Impressions et
de Publications
6, rue Pardessus - BLOIS
